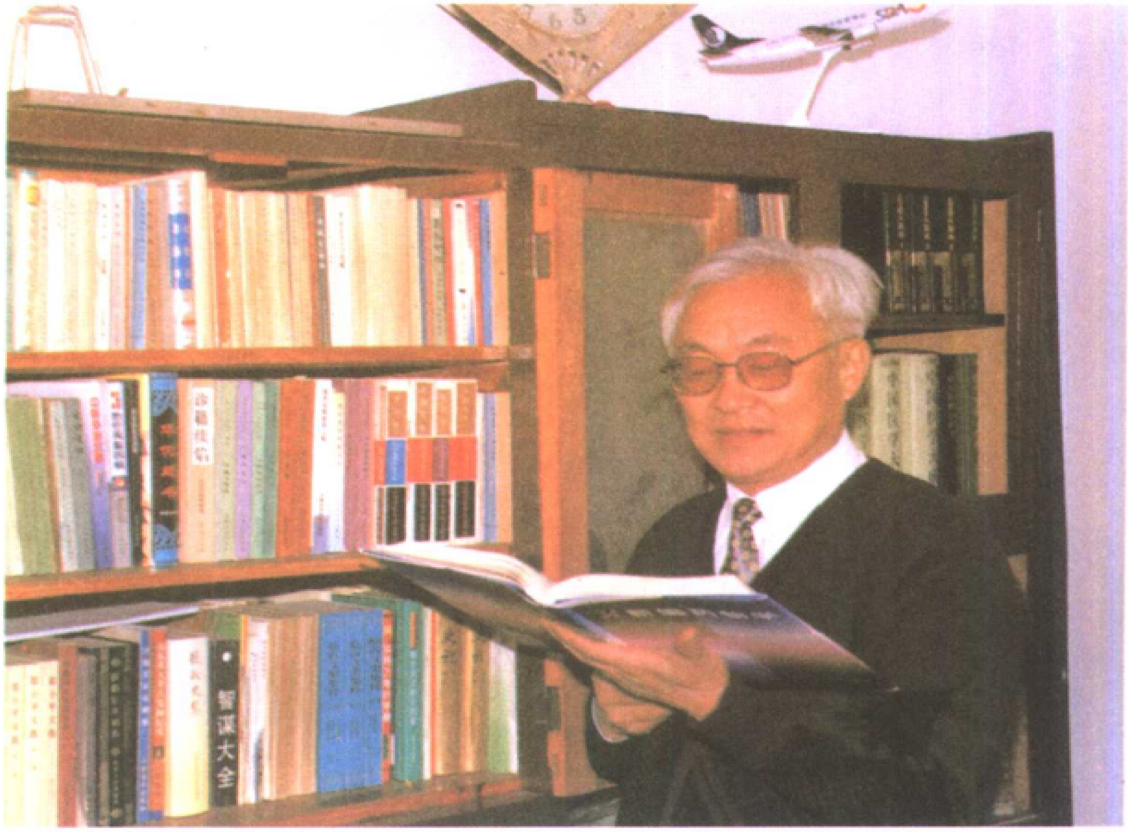


朱晓鸣先生近影

VISIT…

LANZAROTE Caliente.COM

临证秘验录编委会

朱晓鸣　述

主　编　苏　玲　张定法　李相利
　　　　李翔敏　夏俊杰　曹忠贞

副主编　秦文栋　刘永利　郭淑芬
　　　　曲秀霞　张培永　李兰香
　　　　赵良倩　刘向东　郭墨绪

编写人员（按姓氏笔画为序）
　　　　曲秀霞　刘永利　刘向东
　　　　苏　玲　李兰香　李相利
　　　　李翔敏　张定法　张培永
　　　　赵良倩　秦文栋　夏俊杰
　　　　郭淑芬　郭墨绪　曹忠贞

内 容 提 要

本书为著名老中医朱晓鸣先生临床经验集。内容包括朱先生对《伤寒论》深入研究的独到心得；有对肿瘤、心绞痛、痹证、乙脑、有机磷农药中毒后遗症、月经不调等病症治疗规律的总结；有用小柴胡汤治感冒、内服外洗治疗脂膜炎、四君子加减治疗气胸、补法治疗心绞痛、豨莶草降血沉等巧思新法，及对白塞氏综合征、雷诺氏病、何杰金氏病等疑难病症的治疗经验共44则；医话部分，有论“九窍不和，皆属胃病”，“风邪袭人，当防护项背”，“热久不退，乃阴液枯不能作汗”，娓娓道来，皆经验之谈，多有创新之处。本书披露作者数十年辛勤探索所得之经验秘录，济世活人，实属难能可贵。

前　言

中医药学是中华民族的宝贵财富，为中华民族的健康事业、繁衍昌盛做出了巨大贡献。在当今世界，中医药学正以独特的魅力和疗效赢得人们的信任和运用，中医药事业正在不断发扬光大。纵观中医的发展史，中医学术是在中医理论指导下的实践，又是在实践中总结精华再上升为理论的不断进步过程。在这个过程中，诸多医学名家的研究总结对丰富和发展中医理论与实践起到了不可估量的作用，如孙思邈、金元四大家、李时珍、叶天士等，都有力地带动了整个医学水平的完善与提高。因此，继承、整理名老中医的学术思想和治学经验，是发展中医事业的重要措施，更有助于年轻学者的学习和提高。朱晓鸣主任中医师，作为全国第一届中医大学的学生60年代毕业于上海中医学院，理论基础系统、全面，毕业后勤于实践，善于思考观察，加之天资颖慧聪明，对中医理论多有阐发与创新，在临床上技艺日臻成熟、精湛，能解难释疑巧治奇疾，尤其对《伤寒论》的研究与应用最为精深，对内科风湿病、妇科月经病的治疗极为出色，在药学上还总结发现了豨莶草降血沉的新作用等。尤为难能可贵的是，学古而不泥古，创新而不离宗，中西汇通，以中为主，多方学习经验，为中医所用。在经验总结上，以严谨而科学的方法进行工作，不是象有些人那样仅据一案便作结论，而是反复论证，通过大样本的对照研究作出结论，因此其经验既独特又能经得起实践的检验。几十年来在临床工作之余，笔耕不辍，发表论文30余篇，主编著作3部，参编9部，完成省、市级科研课题5项，历任科主任、医务科长、业务副院长、临沂市中医学会副理事长兼秘书长及市政协副主席等职，是市卫生局技术拔尖人才，1997

年在《山东中医杂志》齐鲁名医中有专题介绍，1993 年被山东省人事厅、卫生厅确定为“山东省老中医药专家学术经验继承工作”的指导老师。作为学术继承人和学生，我们在跟师学习的过程中，随师临诊，聆听教诲，技艺皆大有长进，深感老师经验之渊博，足以启迪后学，可惜学生资质愚纯，不能尽得其学，只有各人把学习所得总结起来再汇集一处，编成本书，以期尽可能反映老师学术经验的全貌。全书分为六篇，第一篇是关于《伤寒论》的研究，反映了老师对该书的见解；第二篇是专题论述，即对某方面的集中论述，有些已在正式刊物上发表，有些是首次总结而来，体现了老师的真知灼见；第三篇临床经验，从许多具体的经验上反映老师的精湛之处；第四篇医话，选录了老师对许多理论与实践经验的独到认识，类似于孔子的《论语》，虽从表面上看未成体系，但字字珠玑，句句真言，如能融会贯通，自能举一反三；第五篇是科学研究，为对老师独到经验运用科学的方法进行验证总结，使得出的经验精确、真实，剔除偶然因素，经得起实践的检验，另又简要介绍两本专著的主要内容；第六篇学术特点，是对老师的理论与实践所作的全面总结。六篇之间既各成一章，又互相联系，学习时如能重点研究，全面掌握，自能所愿得偿。在带徒学习期间及本书的编写过程中，各级领导，尤其是临沂市中医医院的领导都给予了亲切的指导、精心的照顾和大力支持，使各项工作得以圆满完成，在此谨致以衷心的感谢。郭墨绪同志负责本书资料的协调和统稿工作，在此一并致意。

编者

1999 年 1 月

自　序

余学习中医学已40余年，对中医理论虽有钻研，还只能说有所了解，对临床治疗也仅是积累了些微经验，粗浅得很。余在学校学习期间，蒙先师程门雪、黄文东、金寿山等老前辈的教诲，深知中医易知难成，所以工作以后，几十年勤耕不辍，不敢有些许懈惰。在具体做法上则注意理论与实践的结合，以理论提高促临床益精，结合临床实践研究理论，学术水平渐有提高，得到领导及同事们的好评，1995年被山东省卫生厅、人事厅确定为老中医药专家学术经验继承工作的指导老师。在其后的3年时间，诊疗之余，给后学者从不同方面做了很多讲解，他们把余平时讲课的内容和临床实际工作情况，包括部分以前的典型病案材料进行了系统汇集、整理，形成本书，反映了余之学术思想和临床经验，虽自知浅陋，亦愿与广大同仁交流。如能对读者有所启迪和帮助，则余愿足矣。中医学内涵极深极广，浩如烟海，余仅在岸边拾了一二颗小石子而已。值此书出版之际，余愿以屈原"路漫漫其修远兮，吾将上下而求索"自勉，并与同道者共勉。

朱晓鸣

1999年2月

作者简历

朱晓鸣，男，1938 年生，江苏省昆山县人，1956 年考取上海中医学院，1963 年毕业后从事中医医疗和教学工作。曾任山东省临沂市中医医院妇科主任、医务科长、副院长，市中医药学会副理事长兼秘书长，山东省六届、七届人大代表，现任该医院主任中医师、市中医药学会名誉理事长，市政协副主席，山东省名老中医药专家学术经验继承工作指导老师。主持的风湿病专科为中国中西医结合风湿类疾病协作组成员。临床诊治以辨证和辨病相结合，擅长于中医内科、妇科，尤其对风湿类疾病、胃病、月经不调等造诣更深，研制息风湿灵、尪痹片、降沉片、风湿一、二、三号胶囊、柴桂木香汤等应用于临床，卓有疗效。曾被聘为山东中医学院函授大学临沂辅导站负责人和教师、山东中医药大学兼职教授，培养中医、中药、针灸、中医护士等大中专毕业生 800 余名。曾获省科技进步三等奖 1 项，市科技进步二等奖 1 项，市科技进步三等奖 2 项，曾被评为地区（市）优秀科技工作者、地区（市）卫生局拔尖人才、山东省国家安全厅先进个人。曾发表各类论文 30 余篇，出版专著有《伤寒论条解》、《奇症汇释疑》、《中西医结合心理治疗学》，参编的有《经方研究》等十余部。

目　录

第一篇　《伤寒论》探微……1
一、六经与六经辨证……1
二、六经病……10
三、《伤寒论》的诊断、辨证、治法、证治……24
四、《伤寒论》方药的临床应用……57
五、《伤寒论》对后世的影响……94
第二篇　医论举要……101
一、风无定体论……101
二、胃家实小议……101
三、清瘟败毒饮与协定处方治疗乙脑……103
四、也谈对厥阴病的看法……108
五、中药治疗有机磷农药中毒后遗症19例分析……115
六、祖国医学对肿瘤的认识及治疗……118
七、对“五泻心汤”的体会……125
八、补法治疗心绞痛……130
九、“五字辨证”治疗月经不调的体会……134
十、关于嗜酸性筋膜炎的治法……140
十一、治疗风湿痹症的经验……142
十二、辨证治疗强直性脊柱炎……151
十三、运用豨莶草治疗痹证经验……156
十四、尪痹的治疗经验……159
十五、手部骨痹的治疗经验……172
第三篇　临床治验……175
一、小柴胡汤治感冒——重视扶正祛邪……175

二、半夏泻心汤疏通三焦气机——维持脏腑功能协调、阴阳平衡……176
三、内服外洗治脂膜炎，活血化瘀，通气血，消瘰块……176
四、桃仁承气汤加柴胡治热入血室，活血化瘀以维持脏腑功能正常……177
五、四君子汤加减治气胸——培土生金……178
六、补法治心绞痛——通补兼施……179
七、独圣散补肺治肺脏损伤……179
八、化湿畅中法治黄疸型肝炎……180
九、温肾健脾肃肺治咳喘（喘息性支气管炎）……182
十、支气管哮喘……183
十一、血精……184
十二、面部异样感……185
十三、大便时头痛……186
十四、小儿秋季腹泻……186
十五、豨莶草降血沉……187
十六、风湿热……188
十七、阵发性睡眠性血红蛋白尿……189
十八、嗜酸性筋膜炎……190
十九、白塞氏综合征……190
二十、反胃——球部溃疡疤痕挛缩引起幽门部分梗阻……191
二十一、柴胡桂枝汤治胃脘痛……192
二十二、结肠肝、脾曲综合征……193
二十三、慢性非特异性溃疡性结肠炎……194
二十四、农历十五日夜半发痫症……195
二十五、足阳明胃经部位疼痛……197
二十六、肝胆经疼痛……198
二十七、消渴病（尿崩症）……199

二十八、雷诺氏病…………………………………………… 200
二十九、头晕耳鸣与阳痿交替发作…………………………… 201
三十、传染性单核细胞增多症……………………………… 202
三十一、健脾治臌胀（肝硬化腹水）……………………… 203
三十二、闭目则晕，睁眼则缓……………………………… 203
三十三、急性肾炎…………………………………………… 204
三十四、儿病母服药而治愈………………………………… 206
三十五、临床看“建中”…………………………………… 207
三十六、何杰金氏病发热…………………………………… 211
三十七、癌症舌紫或舌下血瘀……………………………… 212
三十八、调经五法…………………………………………… 212
三十九、女性不孕——子宫发育低下……………………… 213
四十、血崩…………………………………………………… 214
四十一、术后、产后癫狂…………………………………… 214
四十二、产后身痛…………………………………………… 216
四十三、交后小腹痛………………………………………… 217
四十四、新阴阳易…………………………………………… 218
第四篇　医话集锦…………………………………………… 220
一、胃受寒则阳气郁而生湿………………………………… 220
二、九窍不和，都属胃病…………………………………… 220
三、胃虚则食少，脾虚则泄泻……………………………… 220
四、上焦肺失宣化，下焦肠液则枯………………………… 221
五、风无定性，因天时寒暖而寒化热化…………………… 221
六、风邪袭人，当防护项背………………………………… 222
七、头为诸阳之会，唯风可到……………………………… 223
八、因于寒，体若燔炭，汗出而散………………………… 223
九、痛者寒气多也，有寒故痛……………………………… 223
十、病热少愈，食肉则复，多食则遗……………………… 224

十一、热久不退，乃阴液枯不能作汗…………………………… 224
十二、无积不成痢………………………………………………………… 225
十三、虚则生寒，实则生热…………………………………………… 225
十四、天暖则轻，遇寒则甚，此阳虚留饮为患……………… 226
十五、善食而瘦，是胃火脾虚………………………………………… 226
十六、胃中热则消谷，寒则腹胀…………………………………… 227
十七、胃有寒饮则呕吐清水…………………………………………… 228
十八、脾胃俱虚则不能食而瘦，或少食而肥，虽肥而
　　四肢不举………………………………………………………………… 228
十九、解之不汗，清之热不泄，以夹杂湿邪故也………… 229
二十、肾司二便，肾少蒸化则大便不调……………………… 229
二十一、病日轻夜重者，多属阴邪……………………………… 230
二十二、阳虚则恶寒于日，阴虚则发热于夜………………… 230
二十三、鼻渊清冷，乃气机闭郁…………………………………… 231
二十四、忧愁者，气闭塞而不行…………………………………… 231
二十五、静则病加，动则稍安，为气血郁阻………………… 231
二十六、血倒行者因乎气，气逆则血溢……………………… 232
二十七、阳病发于冬，阴病发于夏……………………………… 232
二十八、血不归肝则不卧……………………………………………… 233
二十九、读书易忘者，心血不足而痰火乱其神…………… 234
三十、食荤油则便溏，肾火衰不能蒸运脾土……………… 235
三十一、脾虚则谷食无味……………………………………………… 235
三十二、肺气虚则鼻塞不利………………………………………… 236
三十三、秋冬咳嗽，春夏自愈，是肾气收纳失司、
　　阳不潜藏………………………………………………………………… 236
三十四、得食则缓者，胃虚求助也………………………………… 237
三十五、脾弱则食入困倦，精神昏冒而欲睡………………… 237
三十六、阳气式微则背寒足冷……………………………………… 238

三十七、气血不足则觉寒…………………………………… 238
三十八、暴怒伤阴，暴喜伤阳…………………………… 239
三十九、诸病多生于郁…………………………………… 239
第五篇 科研总结与专著简介…………………………… 241
一、息风湿灵治疗风寒湿型痹证（风湿和类风湿性
关节炎）的临床研究………………………………… 241
二、降沉片治疗风湿痹症血沉增快抗O增高临床和
实验研究……………………………………………… 245
三、尪痹片治疗类风湿性关节炎的临床和实验研究……… 248
四、健身榻榻米床垫的研究……………………………… 251
五、专著简介……………………………………………… 252
第六篇 学术特点研究…………………………………… 255
一、理论特点……………………………………………… 255
二、临床特点……………………………………………… 260

第一篇 《伤寒论》探微

一、六经与六经辨证

（一）六经与《内经》的关系

《伤寒论》（以下简称“本书”）的六经辨证是在《素问·热论篇》六经分证的基础上发展演变而成，两者既有相同之处，又有不同之处。清代医学家柯琴在《伤寒来苏集·伤寒论翼·六经正义篇》指出：“夫热病之六经，专主经脉为病，但有表里之实热，并无表里之虚寒。”这说明本书的六经与《素问·热论篇》的六经有很多不同。张仲景把《素问·热论篇》中的太阳证候和阳明证候归入太阳证，把太阴、少阴证候和部分厥阴证候归入阳明承气证，并且在《内经》脏腑经络理论的基础上又重新发展了六经病证候，重点是三阴证和少阳证。当然《素问·热论篇》对本书的成书肯定是有相当的影响，因为两书都叙述外感热病，都自太阳病开始而循传他经。六经病的排列和对预后的分析，以及两书部分症状相同，都说明本书与《素问·热论篇》是一脉相承的。本书有某日患某经病、逐日发展或减轻、逐日如何治疗，这些都相似于《素问·热论篇》。其实本书之六经继承了《素问·热论篇》之六经，因为有关其脏腑经络的学说是相同的。当然二者也有不同，在于《素问·热论篇》之六经只辨伤寒，本书之六经既辨伤寒，又辨析六经病的变证、坏病及其治疗预后等。

也有的作者将本书与《灵枢·经脉》篇有关原文的证候、辨证、治法作对照分析后认为，虽然《素问·热论篇》对本书有一定影响，但本书三阴三阳病辨证论治是在《灵枢·经脉》篇十二脏腑经络分证论治的基础上发展起来的。这种说法虽有一定的道理，因为中医学说中十二脏腑、经络都是统一的，其辨证也都有

一定的规律，其症状也大同小异，但是两书所述证候不相对应。《灵枢·经脉》篇所述十二经脉证候是各自独立的，没有传变的，治法是笼统的，而本书六经病则是互相传变的，有完整的、系统的辨证论治法则和方药。

（二）六经的实质

关于六经的实质，古人有十余种不同的看法。要如指经络（朱肱、成无己、汪琥等为代表）、指脏腑（李时珍、高学山等为代表）、指气化（张志聪、陈修园等为代表）、指经界（柯韵伯为代表）、指部位（程郊倩、周学海为代表）、指表里深浅（日人丹波元坚为代表）、指抗病的趋势（陆渊雷为代表）、指六种症候的概括（日人喜多村为代表）、既指病位又指抗病力（章炳麟为代表）等等。这些观点都有相当的道理，也都不全面。六经、六经证候、六经辨证实际上包括了经络、脏腑、病位、病机、疾病的传变、进退及治疗、预后等各方面。

1．六经的气化学说

关于六经气化学说的报道较少，有这样几种论点：一是六经病是六经气化之病，由于人和天地相应，所以六经之为病，就是六经气化之病。人身之六气，是一种与天地之气相应而存在于人体之内的无形之气，然而须借有形之脏腑经络而生，就是三阳三阴之气。在正常生理情况下，三阳三阴之气外应天地之六气，内行人之周身，从而保持人体健康。若因人体正气虚，加上外邪侵袭，便会发生三阳病、三阴病，出现“一气独胜”的病理变化特性。人身之六气与天地之六气有着相应的阴阳消长胜复规律，它可以概括人身脏腑经络气血津液及其升降出入等气化活动。所以在生理或病理情况下，六经的阴阳消长胜复，推动着脏腑、经络、气血的正常（生理）或异常（病理）的气化活动。六经的病变，六经的阴阳消长胜复，虽然是邪正斗争的反应，是六经相应的脏腑、经络、气血等的病理变化的反应，但一般都具有六气的

气化特征。所以六经、六气气化在一定程度上揭示了六经病的特征和性质，是六经辨证的依据之一。气化理论是三阴三阳的灵魂，而气化活动则是以脏腑活动为根源，并以经络为通道。二是六经病的性质与六气虽有一定的联系，但并不完全相等。本书六经虽有六气致病的特点，但也有脏腑标本中气、病邪传变和分证论治的意义。三是认为六气指正常气化，在异常情况下，六气变成六淫，因此六经病是六淫引起的。六淫均可感而为表病，而不是太阳专主“寒水”。六经传变的气化关系是体现在病程中表里、寒热、虚实这些矛盾运动之中，而不是体现在以六气配合六经这方面。上述三种观点，都各执一面。

2. 六经是脏腑说

看法比较一致的是认为六经的实质即脏腑经络，是以脏腑理论、经络理论为本书的理论核心。六经代表了脏腑经络的生理病理，概括了手足十二经，内属于脏腑，外络于肢节。六经分证解决了病位、病的寒热属性、邪正的虚实关系、疾病的阴阳性质。六经辨证以脏腑的病变为主。六经病实际上是六经所属脏腑的病理所反映的证候概括，因此，表里、阴阳、气化、层次、阶段等因素均包括在脏腑经络病证中。六经的病理变化，是分别以心、脾、肾、肝、肺、大肠、小肠、膀胱、胃、胆的病变为基础的，其它脏腑经络的病变，是伴随着上述基础病理变化而表现出来的。脏腑的生理病理是六经的基础，讲六经及六经辨证当然离不开脏腑。

六经证治，不仅包含了八纲辨证、脏腑辨证，也贯穿着脏腑气机升降的理论。如张燮均氏（见 1979 年 12 月《浙江中医药》杂志）从脾胃、肝胆、肺气、心肾的升降四方面来论述，认为伤寒病邪传里，影响脾胃升降，如阳明腑实证是胃腑不通降；太阴寒湿是脾阳虚，脾气不升；泻心汤证是脾湿胃热，脾不升，胃不降。有关肝胆升降，如小柴胡汤证是肝胆气机升降失调，枢机不

利；四逆散证是肝郁热闭，脾气不升；厥阴病是肝肾寒凝于下，胆胃积热于上而引起。关于肺气的升降，表寒外束，里有水饮射肺的小青龙汤证，邪热迫肺的麻杏石甘汤证都是肺失肃降；太阳脾约证也属于肺失肃降。至于心肾升降，真武汤证是肾阳式微，肾气不升，寒水上逆，侮土凌心；黄连阿胶汤证是心气不降，肾气不升所致；而四逆汤、通脉四逆汤、白通汤都属于调升降，促使心肾阳气来复的方剂。当然，我们也要看到，脏腑学说虽然在《内经》中已有端倪，但并不完整，更未成体系，因此本书中也没有完整的脏腑学说。很可能张仲景根本没想到有脏腑学说这样一个名词。

3．六经是经络说

本书的六经辨证与经络学说有密切关系。六经病脉证中有些是经络是动和所生疾病，有些是病变发生在经脉所过之处。六经病证的演变，有的依赖于经脉络属的脏腑。本书所涉及的穴位，也是经气所输注的部位。但完全用经络学说来解释六经，认为六经病、六经辨证就是经络的病、经络辨证，甚至认为六经的表里就是经络的表里关系等，是牵强附会的。如表里的定义，是以脉症的指征为主，与经络学说各经的表里关系截然不同。所谓经证、腑证之分，是后人加的名词，目的也是强调经络主病和脏腑主病的观点，与张仲景的原义也是有出入的。当然，经络的生理病理变化，也是六经的基础之一。六经如果离开了经络，变成无皮之毛，将不存。当然，六经不等于就是经络，不等于六条经络，也不等于手足十二经，但它们之间有密切的关系。

4．六经是阶段说

日人小仓重城氏用地球仪作为模拟，说明三阴三阳的发展变化，将病人的初期“放”在北极，死亡期“放”在南极，由北极到赤道是阳证，赤道到南极是阴证，每一个半球又分成三个区，从北极到南极，成为太阳、少阳、阳明、太阴、少阴、厥阴六个

证（见1981年4期《北京中医学院学报》），这实际上也是把外感热病分成六个阶段。这种分阶段法有些机械，但也不是没有一点道理。因为本书之三阳是正盛邪实，表热实证的概念；三阴是正气衰减，里虚寒证的概念。阳或阴分划为三，主要是用以标志阴或阳盛衰的程度而已。其实，本书的六经是从多种外感病的发生发展过程中，根据其致病因素、病变部位及证候属性，概括为六种证候类型，并以此作为辨证论治，推论疾病转归、变化、预后的根据。因此，用六经来概括的六经病也就是六个各具特征而又互相联系的证候类型和阶段；是在病理变化进程中反映了一定规律性的证候综合，同时又体现出病位、病性、病势和证候特点。六经病的确是六个阶段，而且它们之间可以进退变化。

5. 六经是类型说

这个理论有三种观点：一种是两大型的症候群。认为本书三阴三阳的分类，是患者在伤寒病中自觉或他觉地反应出来的症候群。通过对这些症候群的了解，来推测疾病的部位、抗病力的强弱、疾病发展的趋势以及机体反应性的不同类型，从而为运用因势利导和祛邪存正这两大治疗原则提供制订治疗方案和处方用药的根据。因此，三阴三阳的分型，是机体不同的两大类反应：三阳病是阳性型，表示机体抗病反应强烈，太阳病是阳性型的正型；三阴病是阴性型，表示机体抗病反应衰退，少阴病是阴性型的正型；其余四经病各是阳或阴性型中的特殊病型，以汪明德为代表。第二种认为六经是六种病，六个阶段，将“六经”看成“六病”。“六病”是按表里、内外、寒热将病情变化的不同阶段分为六个类型，是邪正力量对比的六个阶段。把因体力处于优势而整个机体反映出积极的、兴奋性的症状，占据着疾病开始阶段的强盛时期命名为阳，相反的称为阴。在阳这个阶段中，还有初热期、移热期和高热期，称为太阳病、少阳病和阳明病。在阴这个阶段中也有刚开始向阴分移行的时期和完全陷入阴分的时期及

最后危笃期，分别命名为太阴病、少阴病和厥阴病。此说以日本学者山田光胤氏和藤平健氏为代表。第二种是六种方证一体的分证，认为“六经分证”这个名词应改称“六病分证”为妥，因为本书上下都讲病。本书六病各有其提纲，六病之下各列许多分证为目，各分证都有其具体脉象和症状。六病分证的特点是执简驭繁，证由方名，方由证立，有是证必有是方，方证一体。病情变化时，证、方、药三者随之而作相应的变化。此说以张志民氏为代表。其实“类型”与“阶段”实质一样，六经病是六个不同的阶段，实际上也是六个不同的类型。说它是六病分证，实质也一样。

6. 六经是规律说

六经的规律是它自身的规律，是反映了外感热病发生、发展、变化的好几种规律中的一种。一种看法认为六经不是六个独立的病，也不是六个孤立的症候群，它是疾病变化之中具有不同性质的六个环节。这六个环节分别标志着正邪力量对比的六种不同情况，它们有机地联系起来，构成了疾病由量变到质变，由开始到终结的全部过程，从而概括出疾病发生发展的一般规律。第二种看法是认为六经与西方医学的应激学说之间存在着固有的联系。这种固有的联系，已经表现在它们共同的矛盾运动规律即否定之否定规律方面。太阳、阳明、少阴是六经矛盾运动的三个主要环节。这个运动过程是否定之否定的过程。而这种固有联系，只差理化基础方面的证实。第三种看法是认为六经不是规律，而是伤寒热病的现象及其外部联系，是以脏腑、经络及其功能的病理生理改变为基础的伤寒热病的证候分类。

我认为，上述六种说法都有其可取之处，也都强调了一个片面。六经与气化、经络、脏腑当然不能分割，六经辨证就是概括了经络、脏腑以及它们的气化作用一个总体的辨证过程。六经病也就是外感热病从纵观上来说的六个发展阶段、六个环节，它们

之间是紧密相连的；从外感热病的横观上来说，又是六个不同类型的疾病；从外感热病的全过程来说，六经辨证又体现出它发生发展的一般规律。所以不能以某一点概全，但也不能否定某一点的存在。当然，六经这一规律，也不能概括全部疾病。

7. 六经是阴阳消长说

本书依据六经、用六经辨证来剖析六经病，并作出诊断、治疗及判定其预后。六经又分为阳证和阴证，在分析具体的三种阳证、三种阴证的发展变化时，突出了阴阳的消长胜复，并以此来判定预后，所以六经的实质也可以说是阴阳的消长胜复。六经是有其脏腑经络的物质基础，但六经辨证却是以阴阳消长来说明热病发展和变化过程的，邪正斗争是外感热病的主要矛盾，阴阳胜复是邪正斗争的具体表现，它反应了病邪的性质及其变化，人体正气的变化及邪正双方力量的对比，伤寒六经病的基本性质及其传变是由阴阳胜复来决定的。本书中叙述的主要证候是阴阳消长胜复的具体表现，而所用的方药，也是促进阴阳消长胜复的，如四逆汤类方是促使阴消阳复，白虎汤类方、承气汤类方是促使阳（热）消阴（津）复，而小柴胡汤和桂枝汤虽是调和或和解，从广义来说，却也是促使阳（正气）长阴（邪）消的。伤寒六经辨证的物质基础是经络脏腑，而理论基础是阴阳胜复。在外感热病具体的六经病发展过程中，邪与正二个方面都在不断地变化着，人体正气由正常而亢盛，而衰弱，再由衰弱而恢复，甚至有多次反复。病邪由寒化热，由热变寒，也可有几次反复，这种反复变化就是阴阳胜复。所以说，阴阳消长胜复是六经辨证施治的主要依据，并贯穿于伤寒六经辨证之始末。人体内有阴阳，邪也分阴阳，阴阳消长实际上指邪正消长。六经病从发病至终末，实际上体现了邪与正双方力量的相互消长。所以邪正消长始终贯串于六经病中，这也仅是六经本质的一部分。

8. 六经是综合性的概念，有综合性的实质内容

可分四方面说明，一是以脏腑、经络、气化、正邪等因素综合地分析六经。六经与脏腑、八纲及六气均有密切的关系，六经既有脏腑经络的定位概念，又有六气寒热的属性，且以人体的正气强弱为中心，对急性热病的发展过程作动态观察，并且六经辨证的全过程是急性热病正邪消长的反映，由太阳而阳明而少阳，或由阳入阴，均是邪胜正却的反映。二是六经又是证候类型的抽象和概括，它能更正确、更客观地反映脏腑、经络、气化、营卫的病理，而不单属于某一经络。三是六经的证和病机与机体失调有关。一是阴阳失调。本书以阐述人体阴阳失调为病源，以表里虚实寒热作为归纳病位、病性的一种方法，以审证求因作为手段，辨邪之入侵途径及正邪之盛衰，以六经为纲论治。二是机能失调。六经病机是人体脏腑、经络受病后机能失调所反映的临床证候的病理概括。三阳病中之太阳、少阳病经络见证较多，反映了经络机能失调的现象较多。三阴病则主要是脏气功能减退，而经络机能失调的现象则不够明显。三是综合性失调。本书的六经病融汇了全部阴阳、表里、寒热、虚实、经络、脏腑、气血、营卫、津液、邪正消长等内容，应该把疾病看成是人体综合性失调并且有发展变化的动态过程，具体则分析了阴阳（综合的概念）偏盛偏衰的数量、质量、部位、程度，分为三阴证三阳证。这实际上就是六个大的病理层次的反应，而每一个汤证又是其中一个小的具体的病理反应。在确定治疗方法时，则需根据由人体阴阳量的差异、升降活动的失调而产生的各种不同脉证而使用不同的汤方。四是六经辨证。脏腑、八纲、三焦、卫气营血等辨证既有横的联系，又有纵的关系。它们各有优缺点，必须互相贯通，取长补短。从病因方面看，寒邪温邪对人体正气内因来说，都是外因，所以无论寒邪、温邪，在表、在里、或在半表半里，治疗时都必须考虑内外因同治。尤其是伤寒和温病二大体系，它们各自的辨证体系即伤寒六经和温病三焦、卫气营血辨证论治体系分开

来看都有缺陷，合起来应用便较完美。

总的来说，大多数作者都倾向于认为解释六经，应将脏腑、经络、气化、八纲、三焦、营卫气血及体质因素、致病因素等有机地结合。其中脏腑经络、三焦、营卫气血是物质基础，气化是它们的生理功能和病理变化的概括，而八纲则是六经证候形式上的归类。

（三）六经与八纲的关系

六经与八纲的关系，可分三方面叙述：一是八纲辨证源于本书六经辨证，六经与八纲则又是紧密相连、密切结合的。六经的症候表现也不能离开八纲分证的规律。例如六经分阴阳，阴阳又统摄表里、虚实、寒热，亦即每一经中皆有阴阳、表里、寒热、虚实八个方面的变化。所以刘渡舟氏认为六经辨证是体，八纲辨证是用。二是六经以八纲作为辨证准则，判别病情，推测预后，为治疗提供依据。四诊八纲必须在六经证候的基础上来运用。三是认为六经辨证是八纲辨证的发展和具体实践。因此六经辨证处处体现了八纲辨证的内容和精神实质。在本书中，在分析六经每一经病的具体内容时，的确离不开八纲辨证。但在辨析外感热病时，必须以六经辨证为准则。

（四）从现代医学观点看六经实质

近几十年来，出现了一些新的观点，大多数都接近或触及了六经实质。如“体力的亢奋与衰减”、“神经病理性单位”、“非特异性的时相过程”、“多种概念的高度综合体”、“病理层次”等（见 1980 年 10 期《中医杂志》，牛元起文）。近年，有人认为六经分证的实质，是运用理想化方法建立的“理想模型”，属于科学的抽象，是借用六条经络之名而建立的既有脏腑经络，又有邪正消长、阴阳胜复和时间空间概念的六个理想模型（见 1981 年《辽宁中医杂志》理论专辑增刊瞿岳云文）。孟氏从控制论模糊识别探讨本书六经的涵义。认为六经是六种模糊聚类分析，六经病

是正邪、时间和表现于脏腑经络之症状的函数，其每一条辨证都是模糊识别，识别的要点主要应从正邪、病期、脏腑、经络等因素加以分析。六经病提纲就是模糊识别的主要参数（见1980年5期《陕西中医》第1页）。

（以上由苏玲、李翔敏编写）

二、六经病

（一）太阳病

1. 病因病机

太阳病的病因是风寒外邪侵袭肌表，太阳病的病机是营卫不和。归纳各家的说法，可分三种。太阳敷布于体表之气，就是在肾阳支持下，膀胱气化和外合皮毛之气的功能的综合体现。外合皮毛之气是肺气，内主营气的运行。膀胱气化之气外主卫气的运行。营卫失调这一矛盾的主要方面在卫，“卫不与荣谐和故尔”。表虚证是卫气虚，表实证是邪气盛，这是一种说法。太阳病经证的病机可分为气化、经络、营卫三种学说。腑证主要是脏腑和经络二种学说。太阳主表，统率营卫二气，风邪中卫分，寒邪伤营分，按照《灵枢·营卫生会》篇“营在脉中，卫在脉外”的理论，风寒之邪伤卫营二气，故为表病，所以太阳病的病机就是营卫不和，这是第二种。郭氏认为太阳表证可分三大纲：桂枝汤证、麻黄汤证、大青龙汤证，均属营卫不和范围。三者的特点是：桂枝汤证是卫强营弱、自汗出；麻黄汤证是营强卫弱、无汗而喘；大青龙汤证是营卫俱实、不汗出而烦躁。而发热恶风、头痛项强、脉浮则是三证的共同脉证（见1980年第4期《中医药学报》）。另外郑氏从体质学说角度出发，也将表证分为三型，认为麻黄汤治表证之阴阳和平型体质，桂枝汤治表证之阳气虚型体质，大青龙汤治表证之阳气重型体质（见1981年第12期《中医杂志》）。

2. 辨证

前面已述，本书中阴阳、八纲、六经、营卫气血辨证及八法都有，而以太阳篇涉及最多。本篇从正反两方面分析病因、病位、病情、病势、变证及治法等。如以有汗无汗辨中风伤寒，以恶寒与否辨伤寒温病，以汗后恶寒发热辨虚实等。目的就是在整体观的基础上调整阴阳。本病的治法，也注意到阴阳两方面，如大青龙汤则汗法中有清法，小青龙汤则汗法中有温法。

3. 提纲

太阳病的提纲是脉浮、头项强痛而恶寒。但是李克绍氏对太阳病的提纲，提出新的看法，认为发热恶寒是三阳病早期的共同症状，也是部分杂病的初期症状，只能叫表证，不能算太阳病。太阳病是发热恶寒加头项强痛，头项强痛是太阳病的特有症状（见 1981 年第 5 期、6 期《浙江中医学院学报》）。

4. 治法

论述解表法是太阳病篇的中心。太阳病的病势是向上向外，解表法是顺病势趋向而因势利导，其原则是发汗解表。但太阳主表，是指太阳病的主要方面是表证，并不意味着太阳病只有表证而无里证，太阳腑证即是其里证。有的学者不同意有经腑证之分，认为经腑证之分是强调经络主病的观点，认为五苓散证的特点表明，是太阳并阳明的病理变化，不是“膀胱腑证”，利小便是泻热的一种方法。

5. 兼变证、坏病

太阳病中除了一般的太阳病以外，还有兼病、化病、坏病三类疾病。一般的太阳病（简称正病）中有表中之表、表中之里二个证；兼病中有兼痰饮、兼温邪、兼瘀血三个证；化病中有热化为阳明热证、寒化为少阴寒证、邪从虚化、邪从实化四个证；坏病中有喘咳、呕吐、结胸、水结、血结、奔豚、胀满、泻利等十五个病和证。这些化病、坏病都可以叫作变证，而且从某种意义

上说还是杂病。因此，实际上本书中除伤寒、中风、温病以外，还有杂病。

日人星野惠津夫在急救医疗工作中发现，在剧烈外伤和手术后可以出现恶寒发热、头项强痛等感冒样症状，作者称之为“外伤后太阳病”。经用麻桂各半汤、小青龙汤、桂枝二越婢一汤、麻黄汤等治疗100例，全部有效。且在感冒样症状好转的同时，外伤部位的疼痛和不适感也减轻（见1981年第4期《国外医学·中医分册》59页）。

（二）少阳病

1. 病因病机

少阳病发病原因有三：由太阳病误治或太阳病而正虚转属者，其主要内容在太阳篇中叙述；由外感风寒而直中者，在少阳篇叙述。少阳病虚实并见，寒热挟杂，病位又在半表半里，只能用和解法治疗。另外，凡有少阳胆气郁结或枢机不利的病机，也可用小柴胡类方和解法来治疗。但少阳病之正虚，是相对的正虚。小柴胡汤用参、草、枣，目的在和（扶正以祛邪，谓之和），而不在补。

2. 辨证、病位

关于少阳病的位置，古人有三种说法：一认为少阳居三阳三阴之间，以程郊倩、喻嘉言为代表。理由是按《素问·热论篇》及本书少阳篇的排列，少阳在阳经之末、阴经之前。从某些条文看，如269、270条，少阳病是由阳入阴的过渡。二认为少阳介于太阳、阳明之间，理由是《素问·阴阳离合论》篇中以少阳为三阳之枢，及本书267条“本太阳病不解，转入少阳者”三是调和于以上二种意见之间，以徐灵胎为代表。其实少阳在阳明之前或阳明之后均可，但是少阳作为半表半里来说，当在阳明和太阳之间。也有人认为少阳的半表半里是一种概念，而不是具体的部位，因为半表半里的位置不易找到。其实少阳应该是既不在表，

又不在里。日人藤平健氏认为在热性病中，少阳病的寒热往来热型，在恶寒发热的太阳病和壮热的阳明病之间，例如肠伤寒的热型，在太阳病的热型后，有约一周的少阳病热型，再出现二周左右的阳明病持续热。但为何本书将少阳病列在阳明病之后？有三个原因：一为少阳病可以直入三阴。此种危险不少见，为让后世知晓，才故意颠倒次序。二为先在太阳、阳明二篇辨明病有表、里之别，而后复示其间尚有半表半里之少阳病。三从临床看，在阳明病的好转期，虽然发热是逐日下降，但是仍将出现少阳病的寒热往来阶段，而且仍然用小柴胡汤。这就是喻昌所说“阳明去路，必趋少阳”。例如上述的肠伤寒，在两周的阳明持续热之后，又出现约一周的恢复期的寒热往来。但进行期的寒热往来是每日升高 0.5 度左右，而恢复期是每日下降 0.5 度左右（见 1979 年第 3 期《国外医学·中医分册》7 页）。

少阳之腑为胆，也有人认为三焦也属少阳之府，少阳之气是胆和三焦气化的综合体现，所以少阳气机有疏泄胃肠、枢转气液、决渎水道的功能。但从本书有关少阳病条文所叙述的症状、体征来看，写胆的症状居多，因而少阳之腑应以胆为主。与其它六经病一样，少阳也有经腑之分。根据上述观点，少阳腑证还可分为胆家腑证和三焦腑证。临床上用大柴胡汤治疗急性胆系疾病可获显效，就可说明大柴胡汤证即胆家腑证。少阳之腑的胆，实际上也包括肝脏、肝胆经络在内，甚至还包括横结肠的肝脾曲，因为其症状以剑突下、两胁肋及上腹部疼痛为主，所谓“心下急”或“心下痞硬”。急慢性胰腺的病变，根据其症状也属少阳腑证。

3. 提纲

关于少阳病的提纲，有三种说法：

1. 仅“口苦、咽干、目眩”是不足的，应与小柴胡汤证的“寒热往来，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕……”等互相

参考。

2. 藤平健氏认为少阳病提纲之所以只提口苦、咽干、目眩，是因为少阳病幅度广。在偏表时，很可能会把头晕目眩作为太阳病的头痛；在偏里时，很可能会把口苦咽干作为阳明病的口舌干燥。所以才把口苦、咽干、目眩这三个最易和太阳病、阳明病混淆的症状，归结为提纲。

3. 李克绍氏认为少阳病与柴胡证不同。少阳病是外邪直中少阳，少火被郁，火性炎上，所以主证是口苦咽干目眩。柴胡证是外邪由太阳逐渐向里，结于半表半里的胁下，所以主证是胁下苦满。因为胁下部位也属少阳，所以也称少阳病。如果外邪结在其它半表半里部位，就不出现胁下苦满，当然也不叫少阳病。这就是说，少阳病的提纲应是口苦、咽干、目眩、胁下苦满。关于"胸胁苦满"是否应列入少阳病提纲，二位日本汉医学家有另外的说法。日人花村训充氏认为胸胁苦满不是小柴胡汤的特有证，是急性热病时，脏器病变影响肋间神经、膈神经的内脏体壁反射，并进而包括炎症波及胸膜膈肌的自觉症状。用小柴胡汤虽能获效，但其治疗目的并非针对胸胁苦满，而是作为治愈肺或肝的病变结果，而使胸胁苦满消失。日人有地滋认为小柴胡汤证的胸胁苦满，与蜘蛛痣同样是全身性间叶系统免疫性炎症的一种，在慢性肝炎、肝硬变时可以出现，因为是机体的一种防御反应，所以当体力下降时，特别在死亡前就已消失，故病理解剖时看不到。

关于本书 103 条"有柴胡证，但见一证便是，不必悉具"的"一证"，成无己指 98 条或然证之一，程应旄指口苦、咽干、目眩，恽铁憔指寒热往来。上述的胸胁苦满，实际上也是"一证"之一，由于小柴胡汤的适应证面广，所以"一证"的面也就广泛。

4. 治法

少阳病用小柴胡汤治疗只是其中一部分，或者说治少阳经证。小柴胡汤的加减方有很多，如大柴胡汤、柴胡加芒硝汤、大黄黄连泻心汤等，可能用于少阳病兼里实证或者里实热证的；半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、附子泻心汤、黄芩汤、黄芩加半夏生姜汤、黄连汤等既可治少阳病除寒热往来以外的病证，又可疏调三焦气机，调治胆腑，适用于少阳病里证，这些加减方或者说治少阳腑证。少阳病中除了一般的少阳病以外，也还有兼病、坏病二类疾病。一般的太阳病中有的还兼有痰饮停留、火郁、气郁三证；兼病中分兼太阳、兼阳明、兼血室三证；坏病中有少阳误用汗、吐、下、火针而引起的不同证，这些兼变证其实也是杂病。

本书中对人体正气与疾病转归预后的关系，描写很多。张仲景极重视胃气，在治疗时处处顾护胃气。少阳篇 265～267 条即是少阳病误治后的不同转归，尤其是 266 条，“胃和则愈”就说明了胃气的重要性。270 条“其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也”，也说明胃气存而转归预后均佳。

（三）阳明病

1．病因病机

阳明病是里热、实证，可由太阳病、少阳病传变或误治而形成，也可外邪直中阳明，即本书 184 条所说的“太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明”之分。虽然 185 条说“阳明之为病，胃家实是也”，而且阳明病的主要病机的确是胃家的里热或里实热，但阳明病不全是里热实，也有里虚寒的，如吴茱萸汤证。

2．辨证

胃家指整个消化道，胃家实只指阳明腑证。白虎汤证是胃家热，与虚证相对而言是实证，但不是胃家实的实证，现在习惯称阳明经证。胃家实是阳明病，阳明病不一定都是胃家实。例如 210、211 条是阳明病而不可攻下。213 条、214 条“腹满而喘”、

“腹大满不通”、“胀满不能食”、“潮热”等都是可攻下的证候。郑元让氏从体质的角度认为，同是阳明经证，体质阳盛者，邪热内陷发为胃热炽盛之白虎汤证；而体质阴盛、素体胃阳不盛者，多发为热扰胸膈的栀子豉汤证。同是阳明腑证，不同的体质，其腑实内结之程度也不同，表现为太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明，用下法治疗时，也程度有别。这种说法其实与张仲景的原意不矛盾。

3. 提纲

185条的“胃家”，指胃、大小肠、胆、膀胱五腑。“实”指邪热弥漫于胃肠甚或胆和膀胱，以及邪热与肠胃中之糟粕相结。

4. 治法

阳明病经腑证的特点，应该说都是“胃家”“实”热。但经证的“实”，是与“虚”相对而言，非“虚”热也。腑证的“实”，却是有二重意思，除上述与经证有相同的一面外，还有“积滞”、“实物”（即指燥屎）的另一面意思。在治疗上，既然经、腑证都有相同的“实”的一面，所以，经证也可以适当用些大黄，大黄也是清泻胃火的。如临床常用的牛黄解毒片，能治胃火口舌生疮，就以大黄为主药。按《难经·三十五难》：“小肠谓赤肠，大肠谓白肠，胆者谓青肠，胃者谓黄肠，膀胱谓黑肠”，及《灵枢·本输》篇：“大肠、小肠，皆属于胃，是足阳明也”二段话的意思，胃家的范围，应该是包括五腑在内。所以，对本书阳明经证采用白虎汤治疗的方法，也可加以变更，例如加大黄黄连泻心汤是否可行？从临床角度看，比单用白虎汤取效快，况且本书已有用大黄清里热的先例，如261条茵陈蒿汤用大黄，169条攻痞用大黄黄连泻心汤等。再说阳明经证里热已伤津，用承气汤的大黄急下存阴也未尝不可。对阳明腑实证的治疗，也有与传统治法不同的看法。有人认为如有矢气的，说明里实结，可攻下；无矢气的为正虚邪实，可用扶正润下的新加黄龙汤。薛氏将

阳明腑实证的喘满昏热，与急性呼吸窘迫综合征相比拟，二者症状相似，都与肺的呼吸功能障碍及胃肠道不能排出燥屎（有毒物质）有关，因而用大承气汤泻下热结，提高治愈率（见 1982 年 4 期《辽宁中医杂志》）。阳明病中除了一般的阳明病以外，还有兼病、坏病二类疾病。一般的阳明病有里热无实积及里热实积二证，即白虎汤证和承气汤证，亦即阳明经证和阳明腑证。兼病中有兼太阳病、少阳病、太阴病、黄疸病等四种。坏病中有因误用汗、下、火攻法而引起的。这些兼变证实际上也是杂病。

（四）太阴病

1. 病因病机

太阴病就是脾胃虚寒湿。如果说患者原有脾胃虚寒湿，又外感风寒，并未化热，这当然更是太阴病。

2. 辨证

太阴病与阳明病都是中焦的病变，但是有表里、虚实、寒热、燥湿的不同，因而有阴、阳的区别，而且病变主要在脾或在胃也不同。它们之间可以互相转化，阴证可由阳证传变而来，如 270 条“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪”；也可由阳证误治而来，如 163 条桂枝加人参汤证，279 条桂枝加芍药汤证。如其人原有里虚寒，即可寒邪直中太阴为病。

3. 提纲

腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛为太阴病的提纲，说明脾阳虚。据 277 条，应该有口不渴。另有部分作者认为只有太阴病提纲中的症状属于“脏有寒”或病位在太阴脾者，才算作太阴病。

4. 治法

太阴病用四逆汤类方治疗是常法，但 279 条用桂枝加芍药汤，是温中散寒且缓急止痛。如有积滞，加大黄为桂枝加大黄汤，类似于温脾汤温中散寒去除寒积。太阴病除一般的太阴病

外，还可有兼太阳病、兼阳明病。一般的太阴病分为寒重、寒轻二种，如 277 条及 279 条那样。兼太阳病的如 276 条，兼阳明病的如桂枝加大黄汤证，虽然是寒积。

（五）厥阴病

1. 病因病机

关于厥阴病的性质、特点、病机有三种看法：一种认为是寒。本病本质是阳衰微到极点，到最后又必定转化为寒厥成厥阴病，这就是说，阴寒寒厥是厥阴病的本质。持这种观点的学者认为本病初起可以是上热下寒、寒热错杂，疾病发展过程中呈厥热胜复状态，其中有个别学者认为是阳衰微到极点后，人体正气由衰弱转向恢复，病邪由寒化热而为厥热胜复。后期由厥多于热发展成但厥无热，或身虽有热，而四肢厥冷及下利不减反而加重，进而成亡阳的脏厥。另一种认为是热。陆九芝的观点，认为本质是热厥。也有认为厥阴病的本质是热化伤阴成虚热，而且随着疾病的发展而热势深入。第三种认为是寒热错杂、阴阳胜复。持这种观点的学者从厥阴病的定位出发，认为本病本质是阴中有阳，寒热错杂。有的学者更认为少阴病在阴虚比较突出的情况下转属成厥阴病，所以出现肝火上逆的上热症状，但少阴病的脾肾虚寒之厥利仍继续存在，所以成上热下寒、寒热错杂证。还有的认为本病阴气开始衰退，阳气由衰转复，这就是阴阳错杂。至于厥阴之热来自相火上冲，厥阴之寒是由于脾胃阳衰和阴寒不化，故厥阴病肝胆热而脾胃寒与上述相同，由于阴阳错杂，而表现为阴阳消长。

另有作者认为本病的特殊本质就是病极而变，必然出现寒热错杂证。至于为何会寒化或热化，与人体的体质有关，与人体的正气和病邪的争斗结果有关。

关于厥阴病在六经病中的位置，很多学者都认为厥阴病是少阴病传变到最后，是三阴病之终极阶段，病情最危重。但也有相

当多数作者认为厥阴病不是六经病的最后阶段，而是介于太阴病和少阴病之间的。厥阴病不是阴盛阳虚最危重的阶段，厥阴与少阳都在半表半里，惟属性寒与热之不同也，故厥阴非六经之终结可知。另外，如方药中氏认为厥阴病本质是热厥（见 1979 年 6 期《新中医》）。

2. 辨证

厥阴病的主要症状是四肢厥逆，疾病的进退变化也以四肢厥逆或不厥逆作为依据，所以辨证的重点就是寒厥和热厥，以及厥逆的变化。关于寒厥，有二种看法：一种认为厥阴寒厥是肝寒，和少阴寒厥不同，认为是肝经虚寒，或肝之经络、脏腑俱寒。另一种是厥阴寒厥与少阴寒厥性质病机都相同，认为寒厥是厥阴病的主要证型，是厥阴的本证，它们是经表之寒及热厥转化而成的寒厥。寒邪直中阴经而产生的寒厥主要在少阴篇中讨论。而少阴篇中的寒厥条文，应并入厥阴篇中。时振声氏认为厥阴病的寒厥是各种疾病临终时伴有循环衰竭，阴盛格阳或戴阳是微血管痉挛期发展为扩张期，再发展则向衰竭期转化。寒厥，是作为鉴别而设。从这种观点看，厥阴寒厥当为少阴病，但也有少数是肝寒。

关于热厥，也有三种说法：一种是认为厥阴病的热厥与阳明病之热厥性质相同。例如阳明病热到极点，热极生风，就可涉及厥阴，即热厥可由上焦太阴肺或中焦阳明所传而产生邪入心包，热动肝风。另一种则认为厥阴病的热厥、是正气恢复，阳气长，病向愈的征兆，而阳明、温病的厥，是温病的高峰期，是阳明病热盛而发生的手足冷。第三种认为阳明、温病有关厥的症状可以补充热厥的症状。也认为阳明热到极点，热极生风，很容易涉及厥阴，但又认为厥阴之热厥具有热闭心包之昏厥、热动肝风之痉厥，应与阳明热厥区别。还有一些其他的看法，有的作者用现代医学理论来解释热厥现象，如瞿岳云氏认为热深厥深与现代医学的“血液集中化”理论相类似。黄道生氏认为由于里热外寒、阴

阳气不相顺接而形成肛趾温差。肛趾温差越大则热厥症也越严重。这些都是有益的尝试。

厥热胜复有二种含义，一指厥与热交替出现的表现，即手足冷与热交替出现（并非寒厥与热厥交替出现）。二指阴阳进退的病机。热厥之出现厥与热，只是表现，而非阴阳进退之病机。寒厥之厥热胜复，既是表现，又是阴阳进退之病机。关于厥热胜复，也有二种说法：第一种是认为是厥阴病的主要症状。到急性传染病的后期，出现中毒性休克，就会由热变厥，如适当治疗，阳气来复，休克缓解，又可出现热，否则又可休克，这就是厥热胜复，是人体邪正最后一次交争的表现，也即正气进为热厥，正气退为寒厥。第二种是认为厥阴病的厥热胜复与少阳病的寒热往来是相对的，先师程门雪认为厥阴病与少阳病同是寒热错杂，但性质、病邪、深浅及脏腑均不同，寒热自往来为少阳，寒热互见为厥阴。这种见解很独到。

3．提纲

厥阴病的提纲是326条："消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之，利不止。"症状表现的是寒热错杂的病机，但有蛔厥的症状，因而不够全面，这是一种说法。第二种意见将《素问·热论篇》的"耳聋、囊缩而厥，水浆不入，不知人"等补入。第三种意见是认为338条脏厥部分内容可作为本篇提纲。因为本病是伤寒病和温病的最后阶段，阴阳气血俱衰竭。第四种意见是将余无言《伤寒论新义》补出的提纲"厥阴之为病，热与厥相错见也"作为本病的提纲。如前所述，厥阴病是寒热错杂性的疾病，因而其提纲应该是表现寒热错杂的，补入的内容必须符合此道理。就本书的六条提纲来说，述症脉多的仅太阴病和本病二条；阳明病的提纲只讲病因病机，无脉症；太阳、少阳、少阴病提纲很简单。

4．治疗

厥阴病的主要症状是四肢厥逆，有寒、热、寒热错杂三种证型，另有血虚、痰水气郁等引起的，总的说是阴阳气不相顺接，治疗用四逆汤类方、承气汤或白虎汤类方、麻黄升麻汤类方。其实，热厥也可分为二种。一种是邪热深则厥也深的热厥，乃里热重，阻遏阳气，阳气不达四末而引起，这是病症。另一种是阳气恢复太过而里热重，也引起四肢厥，这不是病症。血虚的、痰水气郁结的一般都针对病因而设方。临床尤需注意寒热错杂型厥逆。下利证也有寒、热、寒热错杂三证型，如 357、361 条是阳虚寒利，362、370 条是阳复热利，358 条是寒热错杂利。呕哕也是厥阴病的一大证，376 条是阳虚、阴盛格阳，宜用四逆汤；377 条胃寒干呕，用吴茱萸汤；375、380 条是实证哕，对症治疗等等。还有的学者主张将寒热错杂和阴阳胜复作为二个单独的证型来辨证治疗。此外，厥阴病还有二种兼病即兼阳明、兼少阳病。

5. 关于厥阴病篇是否存有的问题

前几年关于厥阴病的讨论文章颇多。主要是讨论厥阴病篇是否实有，归纳为三种看法：一种是认为厥阴病篇已散佚，名存实亡，是后人续编而成的，如山田正珍《伤寒论集成》认为亡而不传；陆渊雷否认厥阴篇存在；王肯堂、钱天来认为厥阴篇的内容三阴证并有。先师程门雪数十年前即认为厥阴篇已散失，是王叔和补阙（见 1963 年 1 期《上海中医药杂志》）。姜春华氏将厥阴篇之条文归类后认为，厥阴篇就二大证：厥逆和下利。下利清谷属太阴，下利脓血属阳明，或入《金匮》中；厥逆应归入少阴篇；呕吐等应属杂病。所以作者同意陆渊雷的看法，即厥阴名存实亡。之所以分出厥阴篇，是凑合六经名数（见 1981 年 3 期《福建中医药》）。第二种认为本篇有简误，需重编，如尤在泾、章虚谷、舒驰远等。第三种认为应该尊重原作，面对事实，如陈亦人氏将厥阴篇与《千金翼方·伤寒门》对照，认为本篇并非伪

作，但内容也不全。作者认为要肯定本篇的存在（见 1982 年 7 期《新中医》）。

（六）少阴病

1. 病因病机

少阴病是以心肾阳虚为主的全身性虚寒证，这是本病的主要病机。但有时会出现热化，如少阴病三急下（320～322 条）证就是，这是邪热亢盛伤胃津，大便秘结，甚至热结旁流，是少阴病里实热证，已转成阳明腑证。也有人认为与阳明病三急下不同，如认为本病是以心肾阳虚寒化为本，阴虚热化为变。肾邪入胃，胃实复将消肾，所以胃实阳盛而肾阴虚，用大承气汤泻热保肾水。而阳明三急下，乃泻热存胃阴。少阴病可由阳证误治转属来、传变来，太阴经传经来及阴寒之邪直中少阴经。

关于少阴病真寒假热的病机，日人伊藤氏认为，包括麻黄附子细辛汤证的恶寒在内，是既有发热，同时又出现面色苍白、脉沉微细等，这是产热力不足，即使在体温上升期，也难以发生发热、血管扩张等阳性症状。太阳病的热型，本质上与此无差别，只是产热量不同而出现不同的热型。陈子德氏认为戴阳证是临床常见的慢性病如肝硬化、慢性肾炎、肠结核等病程中常出现的。尤其是久用糖皮质激素产生严重副作用时，与体内内分泌代谢紊乱有关（见 1980 年 3 期《江苏中医杂志》）。

有的学者认为少阴病是阴阳两虚，阳虚为主。由于阴阳互根，所以少阴病中也有阳证、表证。例如 301 条是少阴表证，是少阴病的初期表现，不是太少合病。

2. 辨证

少阴病心肾阳虚而致的四肢厥逆和下利清谷不难辨证，但少阴阴虚热化而引起的三急下证、猪苓汤证、猪肤汤证以及 311～313 条的咽痛，临床辨证时必须仔细正确，不要被真寒假热混淆。本病除一般的少阴病外，还有二种兼病。一般的少阴病有寒

证和热化证，兼病有兼太阳病的麻附细辛汤、麻附甘草汤证，还有兼肝气郁结的四逆散证。

3. 提纲

少阴病的提纲"脉微细，但欲寐"很简单，这是因为心肾阳虚是主要病机，所以脉微细。阳虚阴盛则卫行于阴者多，故寐多。其它四肢厥冷、下利等因为寒化、热化都可见到，而只要具备脉微细、但欲寐则必定是阳虚阴盛，所以以之为提纲。

（七）合、并病

本书提出的合、并病，是用来概括六经病证尚有不能包含的某些病证，用来完善六经病证的。并病存在于太阳和阳明（如48、225条），太阳和少阳（如151、176条）、少阳和阳明（如106、107条）之间，还存在于太阳和阴病之间（如93、371条）。在太阳病（如23、25、27条）同一病位之内还有并病，因为23、25、27三条是中风的桂枝汤与伤寒的麻黄汤合用，从某种意义上讲是太阳病范围内的伤寒与中风并病。因此用并病的观点来分析许多疑难条文，可以得到通情达理的解释，如42、43、44、45条是太阳桂枝汤证和里证的并病，因为一般情况下单纯的太阳病是不会用下法治疗的，只有并有某些里实证的症状时才会"欲下"或"已下"的。102条是小建中汤证和小柴胡汤证的并病。合病也存在于太阳与阳明之间（32、33条）、太阳与少阳之间（177条）及三阳合病（268条）。

（八）六经病的传变

六经病的传变与人的体质、正气、胃气有很大的关系，当然与邪气的盛衰、治疗的恰当及时都有关系。邪在经络为表证，邪入脏腑出现里证，因此病势由表逐步深入内脏，也就是疾病的传变。关于六经病的传变顺序，与少阳病和厥阴病的位置有关。有认为以太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴为宜的，也有以太阳、少阳、阳明、太阴、厥阴、少阴为宜的。前者以本书的六经

排列顺序为准，后者以“少阳为枢”且“厥阴之表，名曰少阴”（《素问·阴阳离合论篇》）为依据。也有认为是太阳、少阳、阳明、太阴、少阴、厥阴的，依据了同一篇的“少阴为枢”的理论。

（以上由李翔敏、曲秀霞编写）

三、《伤寒论》的诊断、辨证、治法、证治

本书的理法方药在临床的应用，可以归纳为四条原则，并且适用于临床各科：①如果病机证候与原文相同，不论病因、病位是否与原条文相同，一般都可用原条文提出的治法方药。②病情复杂或不典型时，应该抓住主证的辨证与之对照。只要其主证与原条文的主证相符，即可作出相应的诊断和同样的治疗。③临床的部分症状与原条文中的次要症状不同，不影响对主证的辨证施治；如果病因与条文中的病因不符，即使非外感病，而是杂病，只要主要脉证相符，即可用同样的治疗方法。④如果临床所见与原条文中的证候虽不同，但病机却相同，也可异病同治。但证候相似而病机不同者，可同病异治。以下分几方面叙述。

（一）诊断方面

本书在诊断思维中是常用比较法，但只是一部分。具体内容如下：①去粗取精：如 73 条［成都中医学院主编的《伤寒论讲义》（1964 年版）的号码——下同］以“渴”与“不渴”作五苓散证与茯苓甘草汤证的鉴别。②去伪存真：比较病人的喜恶、病证的内外、病势的暴微，以定真假。喜、内、微为真，恶、外、暴为假。如 11、315、317 条。③由表及里：通过对同一病证自外而内的层层分析和比较，揭示其内在性质，如对大承气汤证，先辨热“潮”与“不潮”，再辨“胃中干燥”或“本有宿食”，即

先辨表里，再辨肠中燥结或肠中津虚。④由此及彼：把同一病证分别同几个不同的病证进行比较，从不同的侧面揭示病证的全部面目，如134条结胸证与痞证比较，140条大陷胸汤证与大柴胡汤证比较等。其实，比较法就是鉴别诊断，也就是辨证。还有一部分是归纳法，例如六经病提纲的第1条、185条、264条、273条、281条、326条及12、13、31条等等。都是把一组相关的脉象、症状组合成一个症候群，给以一个概念、一个定义、一个治法、一个方药。

张仲景对望诊是很重视的，例如原文64条“叉手自冒心”是外表望诊。本书也将舌苔的变化作为判断病情、决定治疗、推测预后的依据，共约十余条。例如133条以“舌上胎滑”为依据，说明脏结无阳证而不可用攻下法。在清法方面，226条的“舌上胎者”和“舌燥者”也作为不同治法的根据之一。而173条的“舌燥”和226条的“舌燥”就成为同用白虎加人参汤的适应证之一。在下法方面，以舌苔的黄或干燥，作为辨里热实证与津液耗伤的主要依据，如173条的舌上干燥为阳明里实热，141条舌上燥为燥热内结。四逆汤诸方证的舌象，在本书中基本未提到。有的作者结合文献和自己的体会，补列若干条，如舌淡白而颤抖、汗多为阳虚筋脉失养；满舌白苔、在舌苔上有润滑之黑刺，虽身大热，但渴不欲饮或喜热饮为真寒假热；舌质浅淡，苔灰黑，望之干燥或颗粒增大，如生芒刺，但刮之即去为阳虚寒极假热；舌质红而浮胖，苔灰黑中染白，润滑多津为虚阳上浮；舌质淡青紫而润滑为阴寒血滞；舌质青滞如水牛舌色为阳气虚微、真寒假热等等，录此以供参考。

关于问诊，六经提纲基本上是凭乎问诊。其它如本书中有关寒热、饮食、二便、渴、汗等症状的论述，如21条、35条、43条、75条、85条、112条、178条等，当然是取之于问诊。

关于闻诊，如215条，分析郑声和谵语。还有“独语”、

"喘"、"咳"、"呕"、"哕"、"吐"等，也都属于闻诊。

本书对脉诊是相当重视的，仅次于病、症状，脉证并列的占全书三分之一以上，论述脉诊的原文，计有148条，25种脉象。六经病中有五个经病都提出主脉，如太阳病脉浮，阳明病脉大，少阳病脉弦细，太阴病脉缓，少阴病脉微细等，只有厥阴病没有提出具体脉象。但六经病提纲从标题到条文，绝大部分皆以脉症结合方式辨别证候（如第2条中风脉浮缓；333条脉迟为里虚寒等）、阐发病机（如12条"阳浮者热自发，阴弱者汗自出"等）、指导治疗（如242条"脉实者宜下之"等）、判断预后（如315条"服汤后脉暴出者死，微续者生"等）。本书脉诊取人迎、寸口、趺阳三部，用得最多的是寸口和趺阳二脉，尤其突出寸口脉，为后世独取寸口开了先河。脉型，虽然《辨脉法》有五阳脉、五阴脉十种，但本书用得最多的是浮沉迟数四种，其余以类相从。在具体辨脉法上主要是用阴阳辨脉法，如第3条的阳寸阴尺法，102条的浮阳沉阴法，还有本书《辨脉法》的五阳、五阴脉，谓之脉分阴阳法。有的作者对本书中的微脉、促脉、迟脉、浮脉、沉脉、数脉、实脉、虚脉提出一些非后代脉学的含义：认为促脉乃外有表邪、里阳久亏，郁而求伸，争而外趋之涵义；迟脉有脉行涩滞的涵义；微脉是极轻极软、似有似无，除多主阳气虚弱外，还有示意邪退（如287条）、示意沉伏（如128条）、用作比较（如247条）、用作副词（如23条）等意义。非必浮在外，沉主里，而是数脉可主寒，迟脉可主热，虚证可见实脉，实证可见虚脉，这种看法也有一定的临床意义。我还认为本书中的许多脉象，只提出了主要脉象，肯定还有一些兼脉，例如迟脉，333条阳虚，应兼微细脉；213条阳明腑实，应迟而有力；228条表热里寒，应兼细脉；100条脾胃虚寒，迟浮弱应兼细软；365条戴阳证，阳虚里寒，沉迟脉应兼微细无力；324条胸中有寒邪，弦迟应有力；62条血虚，沉迟应细等等。对弦脉与痛证

的关系，有的作者将本书 144 条及《金匮》132、142 条对照分析看出，轻重不同的疼痛，可以出现三种变化的相兼弦脉：疼痛轻出现弦脉；疼痛较重出现弦紧脉；疼痛难忍出现沉弦脉。本书对脉症不符的情况，有时病同脉异而治异，有时病异脉同而治同，关键在辨证。例如主脉主病或难从症辨证时，当从脉舍症状（如 94 条从沉脉用四逆汤）；在症显脉变时，常从症舍脉（如 213 条舍迟脉用承气汤）；在突出某脉主病的特定意义时，常详脉略症，须以脉测证（如 51 条以浮脉定表证）；在强调某症的特定意义时，常详症略脉，须以症测脉（如 14 条与 31 条仅以有汗无汗来辨证遣方）。但从另一方面看，本书辨表里证是舍脉从证的（如第 7 条）；辨虚实则证虚从证、脉虚从脉；如果形气与脉不符时，一般以脉为凭，但如果证虚而脉反实、暴出、紧，则为反常。本书中有属于脉同而病因、病机、病程不同而作不同治法的，叫同脉异治，如表证和三阴病兼表，均可见到浮脉；脉异而病因、病机、病程有相同处时，作相同的治法，叫异脉同治，如 50 条脉浮紧与 52 条脉浮而数，同样发汗治疗。

祖国医学的按诊，尤其是腹诊，在本书中应用颇多。例如用腹诊判断腹部的痛、胀、濡、硬、拘急等。六经病皆可形成腹证而有虚、实、寒、热、气、血、水饮七种。在按诊时，虚证按之濡；实证按之满痛；寒证腹满时痛兼吐利；热证腹痛硬胀或有热结旁流；气证有痞胀满之感；血证少腹急结硬满；水饮证则少腹满或苦里急、引痛、悸或奔豚。治疗则八法除汗法外均可辨证应用。日人山田光胤氏介绍几种腹诊，属于本书的有六种，胸胁苦满是用拇指按压心下，指下有抵抗感，病人胸胁部难受，这是小柴胡汤的指征；心下急比胸胁苦满程度重、范围大，是大柴胡汤的适应证；胸胁满微结是胸胁部满，脐上、心下有轻度膨满感，是柴胡桂枝干姜汤的指征；心下支结是胸胁苦满和心下的腹直肌紧张同时存在，是柴胡桂枝汤的指征；少腹急结是在天枢穴部位

用三个指头按压，手上有紧张的感觉，且痛较重，向上牵引，是桃核承气汤的指征；心下痞硬是心下部胀满，按之有抵抗感，是三泻心汤的指征。李文瑞氏在 1982 年《中医杂志》第 3 期介绍了几种日本汉方医的腹诊，除上述外，属于本书中的还有心下满、心下悸、腹满、脐下悸等，可以在临床上应用，并与现代医学的物理检查法相结合，互相取长补短。近来有用汤证分类法，寓有八纲而不越出六经范围，将本书的主要内容纳入电脑，建立电子计算机诊疗和教学系统，可以模拟医生诊疗，又可辅助教学等。

（二）辨证方面

1.《伤寒论》的辨证方法和证候归类

本书的特点除六经本证外，均为"变证"，所以主题是"辨"字。因此本书是论述疾病辨证论治法则的著作。以脉证为特点、病机为核心、脏腑经络机能的病变为基础、六经分证为准则而达到辨证论治的目的。本书辨析疾病的方法，着重于六经之间的相互比较、相互鉴别和反复辨析疑似之证。本书认识疾病的一般规律是：疾病的发生是邪之所凑，其气必虚；疾病的发展是邪正相争，相互转化；疾病的结果是正胜则愈，邪胜则死。所以其辨证的法则主要也是辨邪之所在、邪正盛衰、正邪斗争发展趋势的具体情况，辨别正邪矛盾运动的具体联系和区别。本书具体应用的辨证方法，很多作者都从不同侧面进行了阐述，见仁见智各有特点。现将其综合，加上自己的体会，拟有：推理法（如 16 条）、比较法（如 70、73、154 条）、淘汰法（如 153 条）、否定反证法（如 61 条）、黑箱法（如 12、388 条）、同病异治法（如 71、226 条）、异病同治法（如吴茱萸汤证三条）、预测法（如 165 条）、试探法（如 214 条）、两种以上分析方法的联合使用（如 214 条）等十种。

本书三阳病虽以六腑及其经络为基础，三阴病虽以六脏（包

括心包）及其经络为基础，但疾病发展可以进一步演变成为一经而多脏腑或一脏腑而多经络之间的互相联系。这样，则六经每经为病，就都可有表、里、寒、热、虚、实的演变，因此症状就复杂多样了。王永谦氏统计本书的证候有42个（《辽宁中医杂志》1980年12期），他认为发热和寒热为其中的主证。也有的作者如欧阳奇氏则认为凡本书六经病辨证时所依据的症状，都是疾病本质的反映，并引日人大冢敬节氏的看法：伤寒各证所有症状都是主症。主证由本质决定，多一症少一症不但是量变，实际是质变（见《上海中医杂志》1982年第8期），其实这二种看法并不矛盾，也是和证的不同而已。关于本书证候的分类，可以病因分类法分外感、内伤、内外合病三类，如此则以外感证候而病位偏于经络，三阳病居多；内伤证候属脏腑经络原发或继发的气血阴阳失调，三阴病居多；内外合病证候则两者兼有。也可以辨证种类而分为脏腑病证、经络病证、气血津液病证三类。但实在说，《伤寒论》的六经病直接或间接的都与脏腑有关。

2.《伤寒论》的八纲辨证

本书中虽无八纲之名称，但在实质上却包含了这些内容。具体地说，六经中的三阳病，多见表、热、实证，但也有里、虚、寒证；三阴病多见里、虚、寒证，但也有表、热、实证。还有表里寒热虚实错杂证、真假寒热证等。这些都是在辨证过程中充分运用八纲分析、归纳后得出的。不但如此，八纲之间不仅相互联系，还可由一定的条件而互相转化，这已成为中医学者的共识。例如，寒与热出现的时间早晚不同，是转化关系。但先寒而后热是病的发展，要引起医生的注意；热甚而后有寒象者，则更须警惕，很可能由阳证转为阴证。可见本书的六经辨证，在实际应用中是与八纲辨证结合在一起的。

3.《伤寒论》的病因学说和体质学说

本书中的致病外邪，主要是风寒。疾病因寒而起，症状寒象

居多，治法多以温燥除寒。这是因为本书中所述之寒邪，最易伤人阳气。作为脏腑肌表来说，着于肌表则腠理闭塞而恶寒，中于脏腑则生里寒而厥逆，客于关节经脉则痹痛不仁，伤于脾胃则呕吐下利。作为六经来说，则六经皆有“恶寒”。因为三阳病以外寒为主因，外寒是风寒之邪，所以太阳病恶寒发热，少阳病寒热往来，阳明病初感寒邪也有短暂的恶寒；因为三阴病以内寒为主因，内寒指脏寒，所以三阴病多见无热恶寒。本书以恶寒作为主要症状，而发热则是次要的。除了寒邪是主要致病外邪以外，先贤程门雪强调本书中有新感引动伏气致病。不论其新邪属寒、属温，必内有伏气而后变化诸症，真是灼见。有的作者认为本书论及的六淫有内外二种。外感病的主要病因虽然是外六淫，但外感易造成内伤，内伤易招致外感，所以本书的病因病机是由内、外二种六淫形成的，当该六淫已潜伏在人体内而尚未发病时，则称为伏邪（伏气），故伏邪也有内、外之二种。外因伏邪是外六淫疫疠因素潜伏于人体内；内因伏邪是内六淫体质因素潜伏于人体内。认为由相同的外因作用于不同的内因，引起不同类型的邪正相争，导致不同类型的阴阳失调，这也是一种新见解（1982 年第 2 期《新中医》，万友生文）。除了上述风寒之邪为病因以外，还有温热之邪为病因，譬如本书中的火逆变证，虽是误用火攻法而后形成的，但根本原因却是温热之邪直接为害的结果。不但如此，还有本书“伤寒例”的第 1 条，就是论述了气候与疾病之间的密切关系，第 3～5 条就是讲一年中气候的变化，第 13、14 条讲一天中的变化来阐述人体的病理和病机。这就把外因的范围更扩大了。

除了外因致病，本书还强调人体正气和体质在病因学中的重要性。分如下几种：①正邪交争是外感病发病的根本原因。②六经辨证是以“正气内虚发病学说”为基础的。③本书中不很注意外邪的种类，却很注意机体的变化。④六经病的发病与传变，常

受体质所左右，如表气已虚、腠理致密发为伤寒，反之则中风。这就体现了《内经》的“正气”思想，即“正气存内，邪不可干”。本书还系统地叙述了初病即可兼见的他经症状，其原因就是因为人体的正气即抗病能力是否强盛的关系，如阳虚或阳亢之体，在初病时即可兼少阴证（如 301 条）或阳明、少阳证（如 33、177、224 条），也可单纯见他经症状，如胃素有热而邪气亦盛，则不经太阳表证而直接发生阳明里实热证。也可因不同的体质，在同一经病中出现不同的证候类型，如同一太阳表证可分为表虚、表实等；也可兼见不同的兼证，如大青龙汤证兼烦躁，小青龙汤证兼咳喘等。当然在具体的条文中，描述方法不同，具体的说，本书用“卫气”描述卫外机能，用“自和”描述自身调节控制机体的机能。因此人体质的强弱，就表现为“卫气”和“自和”。自和力能否恢复，有正气受伤（如 278、287 条）和邪气盛（如 47 条）二个因素。本书虽以“自汗”、“自衄”、“血自下”等表示邪之去，而以“烦”、“手足温”、“小便利”等表示阳气或津液之恢复，但还是以正气为主。本书描写人的体质状况用“强人”、“羸人”、“本有寒分”、“阳气重”、“虚家”等，以概括偏于寒、热、燥、湿、虚、实等不同的体质，由于邪气作用于不同的体质，就产生了偏阴或偏阳的证候。

4.《伤寒论》的脏腑学说

本书特别重视脾胃，脾为胃行气于三阴三阳，故三阴或三阳得病，均与脾胃有密切的关系，尤其阳明病是胃家实，太阴病是脾胃虚寒之证。以脾胃为本的学术思想贯穿于六经证治之始终，脾胃功能失调，易引起营卫不和、胃阴虚、脾阳不振、脾胃升降失常，这些都是使外感热病发生发展或恶化之基本条件。如果脾胃运化失职而产生痰饮、水气、食积，则又使外感热病每多兼夹证。另外本书中论述每一病证的发生、变化、恢复的过程，均体现了以胃气为本的精神。只有胃气未损，病邪才无所复传；如胃

气受损，则阳去入阴，病由腑及脏，由实转虚。胃津伤则病从热化而为胃家实；胃阳伤则病从寒化，发展为太阴、少阴或其他变证、坏证。本书观察脾胃之气，以是否能食为主要依据。另外，以能否食来作辨证依据的，有354条辨部位“饥不能食者病在胸中”；126条辨属性“数为热，当消谷引食…不能消谷，以胃中虚冷”；270条辨传变“反能食而不呕，此为三阴不受邪”；220条辨燥结之微甚“反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也”；195条辨证定病症名及病的性质“能食名中风，不能食名伤寒”；199条辨用药“不能食，攻其热必哕”；332条、333条辨预后“反能食者，恐为除中”；332条还有试探性治疗定预后。在阳明篇中有11条条文讲中焦病以能食或不能食来辨寒热的：①能食是胃热的有195、197、203、220、253条；②不能食是胃寒的有195、196、199、200、229、253条；③不能食而属胃热的有215条，因肠胃里实燥结颇重影响进食，185条邪热影响胃腑而呕吐不能食，228条余热未清结于胸膈而饥不能食。所以以能食或不能食能判断脾胃之寒热虚实，但特殊情况也不少，宜全面考虑。

5.《伤寒论》的二便和瘀血

本书中论述小便的条文达六十余条。描述小便的性状有清便欲自可、清便自调、小便自可、自利、不利、反利、反不利、小便数、难、少、清、白、不尿、遗尿等。用以定病位，如56条小便清者在表；定病证，如128、129、130条讲太阳经由经入腑、小便不利是蓄水证，小便自利是蓄血证；辨邪正盛衰如三种身黄，129条小便自利是瘀血黄疸，138条小便不利是阳黄，200条小便难是阴黄；辨津液存亡，如114条测预后，火逆津伤、小便利者说明津液未亡，其人可治；定治疗，如253条须小便利才可用承气汤。本书辨大便之意义用以辨表里（93条利不止为病在里）、测病性（如307条利不止为寒）、辨虚实（如107条下利加潮热为里实）、辨阴阳（如314条少阴病下利为阴证）、定治疗

（如 214 条大便微硬加潮热用大承气汤）、测预后（如 288 条下利止、手足温为可治；356 条利不止为病进）等。本书讲述的瘀血证有如下几种：除 109、128、130、239、259 条叙述的蓄血证以外，129 条是瘀血黄疸，148～152、221 条是热入血室。

6．《伤寒论》的辨病思想

绝大多数古今中外的学者都认为六经是讲辨证的，但也有辨病的一面。从八个标题到其内容，都是辨证施治和辨病施治相结合，辨病施治较明显的有 30 余条，而其中少阴篇和太阳篇讲辨病最多。原文把病因、病证、病程、脉象、治法简明扼要地加以叙述。三阳病各分正病、兼病、变病、坏病，三阴病各分正病、兼病、变病。

（以上由秦文栋、刘永利编写）

（三）治法方面

1．《伤寒论》的治疗法则和目的

本书确立的治疗目的是“阴阳自和”和“保胃气，存津液”，因而本书的治则，有因势利导（包括顺势、待期自愈）、祛邪（包括截断疾病发展）、扶正（包括扶阳、存阴）三个。在初期也有试探性治疗的方法，最后达到阴平阳秘。有的学者从脾胃学说的观点出发，强调六经病的治疗，多以顾护胃气。在发汗、清热、攻下、温阳等多种方剂中，普遍应用大枣、甘草、人参、白术、茯苓、粳米、米粉、白蜜、饴糖、麦冬等，都有护胃气的作用。本书强调因时、因地、因人采取不同的治疗方法，因而是灵活多端的运用八法，有时采用一法，有时采取几法合用。从另一个角度看，本书具体应用了无病早防、有病早治、卒病急治、久病缓治、上病下治、下病上治、同病异治、异病同治、同脉异治、异脉同治等方法，当表里同病时，还有先表后里、先里后表、表里同治等方法。从方剂学的角度看，本书有同方同治、同

方异治、类方同治、类方异治等方法。从体质角度看，如邪正俱实则攻，邪盛正衰则补，或攻补兼施，或虽用攻伐剂而适当减药量。因而王氏认为本书所用的治法可归纳为 21 种（见 1980 年 12 期《辽宁中医杂志》），远远超过八法范围。

2.《伤寒论》的八法及其它治法

郭子光氏认为本书辨证论治是通过调节人体的反应状态而取得疗效的非特异性治疗方法，其平衡阴阳的法则和方药配伍要求发而不过散，收而不过敛，升而不可亢，降而不过沉。我们认为本书（《金匮》也是）的方药大多数是寒温并用、攻补兼施、有升有降。在调节中既体现了固本性，又体现了整体性。本书的六经病篇充满着汗、吐、下、和、温、清、消、补收涩、利尿的十法。例如汗法用麻黄汤，吐法用瓜蒂散，下法用承气汤，和法用小柴胡汤，清法用白虎汤，温法用四逆汤，消法用大小陷胸汤、抵当汤，补法用炙甘草汤，收涩用桃花汤、赤石脂禹余粮汤，利尿用猪苓汤等。十法间的相互配合有汗清并用的大青龙汤，汗和并用的柴胡桂枝汤，汗温并用的麻附细辛汤，和下并用的大柴胡汤，温清并用的白通加猪胆汁汤，清补并用的白虎加人参汤，温补并用的四逆加人参汤、理中丸，汗补兼用的新加汤，温清补并用的干姜黄芩黄连人参汤、乌梅丸，汗下并用的桂枝加大黄汤，补和利尿并用的猪苓汤，汗和利尿并用的五苓散，下和消瘀并用的桃仁承气汤等。

汗法，是祖国医学调整阴阳的一种手段。由于六经病系外感风寒之邪为开始，所以本书讲究“汗”法。本书对汗法作了较全面的论述，并将汗法分为若干类型，随证施治。如桂枝汤的解肌发汗，麻黄汤的开腠发汗，大青龙汤的清解发汗，麻黄附子细辛汤的温阳发汗，新加汤的滋阴发汗，葛根汤的升清发汗，小青龙汤的蠲饮发汗，五苓散的利水发汗等。本书中的解表法可归纳为六种。单纯解表法（用于单纯表证或表证兼下利而表证重）、表

里双解法、表里先后解法（先表后里或先里后表）、舍表治里法（里证急而舍弃解表）、自和解表法（待其表里实，自汗出而愈）、衄血解表法（汗随衄而解）。夏纪农氏将本书的有关条文和适应证分为三种，认为汗法有退热（增加散热，恢复热平衡）、镇痛（对内脏痛无效）、消炎（客观上起消炎作用）（见 1979 年 1 期《湖北卫生》）。日人伊藤嘉纪氏认为本书中汗法的原则“微似汗出”，是为了达到使体温定点下降，放热超过产热，使体温恢复正常的目的。周克振氏和施仁潮氏将本书用汗法治疗自汗出、呕吐、下利、气上冲、鼻衄等病证，称为通因通用。本书指出如淋家、疮家、衄家、亡血家、汗家、酒客、内有湿热、里虚寒、咽喉干燥等都不可发汗，是因为体质关系，不允许用发汗药，是汗法的禁忌证。

下法，主要用于阳明腑实证，为肠胃中之实热结开一下通之路，但在六经其他经病中都有应用，基本上用于兼变证中邪正俱实的可攻下证。如太阳病中蓄血证、大结胸证、悬饮证，少阳病兼阳明里实证，阳明病湿热黄疸里实证及蓄血证，太阴湿邪化燥而大便转硬者，少阴病邪从阳化热转阳明而化燥成实结者，厥阴病热证热结旁流，还有劳复脉沉实者。本书中下法的适应证有邪正俱实的邪在肠胃、燥屎内结、邪热搏结、停痰、留饮、冷积、瘀血、宿食等症，分 11 种：攻下热结用三承气汤；攻下瘀血用桃仁承气汤，抵当汤、丸；峻下水饮用十枣汤；泻热逐水用大陷胸汤、丸；温下寒积用三物白散；润下燥结用麻仁丸；解表攻下用桂枝加大黄汤；和解攻下用大柴胡汤、柴胡加芒硝汤；泻下泄痞用大黄黄连及附子泻心汤；泻下退黄用茵陈蒿汤；外用导下宜蜜煎导等。李淮藩氏以现代医学的观点说明“急下存阴”的机理：①“急下”能排除肠腔内的有害物质，从根本上扭转了病情的恶化趋向；②“急下”后肠管内压下降，肠管血液循环改善，肠功能恢复，组织液回收，有效血循环量增加，休克趋向恢复；

③由此而消化腺分泌正常，食欲好转；④有害物质的排除，肠管血循的改善，使腹腔内的感染也易于消散，腹膜炎好转（见1978年5期《新医药学杂志》）。

本书的和法主要是和解少阳，适用于外感热病的半表半里期，主方是柴胡汤类方，此外还有黄连汤、干姜黄芩黄连人参汤调和寒热；还有用柴胡桂枝汤和而兼汗法，大柴胡汤和而兼下法，柴胡桂枝干姜汤兼温法，黄芩汤兼清法，四逆散兼解郁法，三泻心汤等调和脾胃法。上述方剂都是苦辛药配伍同用以调和胃肠及肝胆气机，因而寒热错杂，虚实互见，标本同病。如果病症中有气、血、津液的虚，则需配合扶正药。其适用指征是胃脘部胀满不适、或腹痛腹满，干呕或呕吐，下利，不欲食或饥不欲食、痞证等，实际都属和法范围。

本书的治肝法，比较集中于太阳、少阳、厥阴三篇，可以归纳为11种：和解肝脾肠胃用小柴胡汤，疏肝调气用四逆散，温肝散寒用吴茱萸汤，凉肝止痢用白头翁汤，柔肝缓急用芍药甘草汤，抑肝培中用小建中汤，养肝通络用当归四逆汤，温肝凉肝并用用乌梅丸，针刺期门是泄肝法，清肝利尿用茵陈蒿汤，清肝解毒用栀子柏皮汤等。本书的温法主要针对三阴证而设，目的是救阳气，因为阳气的恢复或充沛，对疾病的转归和预后是一种起决定作用的因素。它主要针对呕吐、下利、四肢厥逆、自汗、脉微、畏（恶）寒、欲寐等症状。如太阴病里虚寒有二证：脾胃虚寒有理中汤，兼太阳表证用桂枝人参汤；少阴病有三证：心肾阳虚寒盛用四逆汤、通脉四逆汤、白通汤，阳虚寒盛兼外寒邪中太阳经脉用附子汤，阳虚水气内停用真武汤；厥阴病有三证：寒化用四逆汤，肝寒浊阴犯胃用吴茱萸汤，血虚中焦有寒、气血运行不畅用当归四逆汤；太阳病误治后出现的变证类似证也用温法，有五证：汗多心阳虚用桂枝甘草汤及其类方，中下焦阳虚水气上逆用苓桂术甘汤、苓桂枣甘汤，阳虚阴盛用干姜附子汤、四逆

汤，阴阳两虚用茯苓四逆汤，风寒湿痹用桂枝、白术、甘草附子汤。本书的温阳法从前到后有十七种：温阳固卫解表法，桂枝加附子汤；温经散寒法，附子汤；回阳解表法，麻黄附子细辛汤；温阳利水法，苓桂术甘汤；温肺蠲痰饮法，小青龙汤；温阳散水气法，真武汤；温经通痹法，包括风胜的桂枝附子汤、湿胜的白术附子汤、寒凝关节的甘草附子汤；温中降逆法，吴茱萸汤；温中止泻法，理中丸；温补里虚寒解表法，桂枝人参汤；温里止涩法，桃花汤；回阳救逆法，四逆汤、白通汤、通脉四逆汤、四逆加人参汤、干姜附子汤等；扶阳益阴法，茯苓四逆汤、甘草芍药附子汤；温通心阳法，桂枝甘草汤、桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎汤；温脏安蛔法，乌梅丸；温阳散痞法，附子泻心汤、甘草泻心汤；温肝补血通经法，当归四逆汤。

本书的清法，可归纳为 14 种：清热解表用于表寒里热，大青龙汤；清热生津用于胃热伤津，白虎加人参汤；清热除烦用于余热未尽、留扰胸膈，栀子豉汤；清热宣肺用于表邪入里、化热犯肺，麻杏石甘汤；清化痰热用于邪热内陷、痰热互结心下胃，小陷胸汤；清热泄痞用于邪热内陷胃脘，大黄黄连泻心汤；清热退黄用于湿热黄疸，茵陈蒿汤、栀子柏皮汤；清热利水用于邪热与水结于膀胱，五苓散；清热止利用于邪热内陷大肠，葛根黄芩黄连甘草汤；清上温下用于上热下寒，干姜黄芩黄连人参汤；清热利咽用于少阴客热咽痛，桔梗汤；清热养阴润喉用于少阴虚热上攻，猪肤汤；清热滋阴用于少阴热化伤阴血，黄连阿胶汤；清肠除积用于厥阴热化成热利，白头翁汤。

本书对血瘀的治法，可归纳为 5 种；瘀热结膀胱腑证较轻用桃仁承气汤；瘀热结膀胱腑证较重用抵当汤、丸；血室空虚、热人血室，用针刺期门；热入血室、血热瘀结，用小柴胡汤和解法；热入血室之轻症，未成结，血室未空虚，不用药而待期自愈。

本书的扶正分5种方法：一是养阴存津。有养血（阴）益气，养阴扶阳，袪邪防伤津（防过汗、过下），袪邪养津并用，袪邪及时则能存阴（急下存阴）。二是保胃气。本书在发汗（服桂枝汤后啜粥），清热（白虎汤中用粳米、甘草），攻下（调胃承气汤中用甘草，29条中言及"少与"，要轻泻），逐水（十枣汤中用大枣及服十枣汤后喝粥），催吐（服瓜蒂散时"不吐者，少少加，得快吐乃止"），温中散寒止泻（服理中汤后吃热粥）时，都顾护胃气的。据报道，实验表明，食物不足的小白鼠对病毒的耐受量小，感染率高。本书从第一方桂枝汤吃热粥开始，到最后一条"损谷则愈"为止，是强调顾护胃气的，尤其是劳复篇。三是扶阳，适用有三焦阳虚（上焦阳虚用桂枝甘草汤，中焦阳虚用理中汤，下焦阳虚用四逆汤类方）、卫阳虚（桂枝加附子汤）、心阳虚（桂枝甘草汤）、肾阳虚（真武汤、苓桂术甘汤、苓桂枣甘汤）、脾肾阳虚（甘草泻心汤、桂枝人参汤）、全身阳虚（四逆汤、干姜附子汤）。四是益气。王贵森氏归纳本书理虚法则，计有6类、15法、13方，概要如下：①虚劳不足宜调和阴阳，有小建中汤的甘温建中法，炙甘草汤的养阴和阳法；②因虚而实者宜扶正，有黄连阿胶汤的泻南补北法、当归四逆汤的养血袪寒法、真武汤的温阳利水法；③因实而虚者宜袪邪，有四逆汤的逐寒回阳法、泻心汤的益气法、大承气汤的急下存阴法；④邪实正虚应寓补于攻，有小柴胡汤的强主逐寇法，附子泻心汤的扶阳泄痞法，白虎加人参汤的清热保津法，厚朴生姜半夏甘草人参汤的消补兼施法；⑤虚重邪轻应寓攻于补，有桂枝人参汤的补里和表法；⑥表实里虚，先理其虚，如93条先救其里，102条先补后和等（见1980年11、12期《浙江中医药》）。这又是另一方式的分类法。

本书很重视脾胃本身阴阳的协调平衡。如治新感引动伏邪、水饮停胁下，犯胃干呕的十枣汤，既用十个枣护胃气，又嘱药后

吃小米粥养胃气，使邪去适度且又不伤正，达到阴平阳秘的目的。调理脾胃可分清胃、温胃、和胃、益胃、降胃、泻胃、温脾、健脾、燥脾等九种方法。

本书利小便法，有宣肺利尿（如麻黄连翘赤小豆汤）、清热利湿（如茵陈蒿汤）、疏利三焦（如四逆散）、温补脾胃、清热生津（猪苓汤用于少阴热化伤津而致小便不利）、解表利尿（五苓散）等6法。

本书中对针灸治疗亦有很多论述。本书对三阳、热实证多用针刺法，多泻法，多取阳经穴位。对三阴、虚寒证多用灸法，多补法，多取阴经穴位。

程孝慈氏以现代医学观点认为，本书已有调整人体水电平衡的治法。如315条少阴病下利、脉微、干呕而且“但欲寐”，说明是低张性脱水后并发内脏功能损害所致脑水肿。因猪胆汁和人尿中含大量各种电解质，所以能补充。胆汁中的胆盐和胆酸有助于杀菌。胆盐还能止泻，能促进水钠的重吸收。这相当于现代医学的“边补边脱”疗法（见1980年4期《江苏中医杂志》）。

时间医学是一门比较近代的学科。本书在辨证、辨病治疗方面，有极强的时间空间概念。如本书《可发汗篇》、《可吐篇》、《可下篇》提出的“春夏宜发汗”、“春宜吐”、“秋宜下”；服麻黄连翘赤小豆汤是“分温三服，半日服尽”；服理中丸是“日三、四，夜二服”；平旦服十枣汤；桂枝汤的特殊服法（后服小促其间，一日一夜服）等，是说人体对药的感受性有一定的规律，现已为现代科学所证实。例如早上六时（相当于平旦），人体对洋地黄、胰岛素、皮质激素最敏感。六经病都有各自的欲解时，是在该经阳气旺盛时。这说明疾病的痊愈与时辰是有关的，这也为现代科学所证实。如少阴病是心肾阳虚，肾上腺皮质激素分泌减少，副交感神经偏亢。而脑垂体的促肾上腺皮质激素和皮质醇在晚间睡后四小时（约子时前后）分泌最少，然后从子至寅时渐增

多。在睡眠后期至早晨刚醒时血浓度最高，亦即肾阳逐渐旺盛，有利于克服副交感神经偏亢而造成的阳虚证。这就是少阴病欲解时从子至寅上的道理。因此，本书的六经病欲解时中含有的阴阳消长规律，符合昼夜十二时辰的阴阳消长规律，是脏腑之气与昼夜时辰之气相应而出现的该经经气旺盛，使病欲解。

（以上由苏玲、李翔敏编写）

（四）证治方面

本书对寒证、热证、尤其对寒热转化及寒热错杂证、虚实夹杂证有详细的叙述。寒热的转化，主要从病机的转变及方药的进退等方面体现，如太阳表寒实证不解可转成表寒里热实证，进而可转成阳明里热实证，从方药变化来看，就是麻黄汤→大青龙汤→白虎汤，这是由寒变热、从量变到质变的过程。因此症状的变化就繁多了。日人山田光胤氏认为本书重视症状，使方证统一。所以，本书叙证也多，有人统计有 42 个，从前几年报道的文献中，收集到 25 个。试分述如下：

1. 发热证

本书所记述的发热多为阳、实证，是正气旺盛、抗御病邪的表现。六经病都有发热，它只能反映外感热病发展过程中某个阶段的特征，不能完全反映疾病的本质。六经病的热型特点是：太阳病翕翕发热，伴恶风寒（12 条）；阳明病为恶热、潮热，兼汗出（187、220 条）；少阳病是寒热往来（98 条）；太阴病手足自温（278 条）；少阴病始得即发热为少阴病之表证（301 条）；如格阳于外则里真寒而外假热（317 条）；热化则伴便血、尿血（293 条）、咽痛（310、311 条）；厥阴病有寒热错杂或厥热胜复（326、331 条）。临床可以此作为诊断依据之一。热型有十种，它们相互间必须作出鉴别，尤其是近似的：如翕翕发热（12 条）和蒸蒸发热（104 条），前者是热在表而兼恶寒，后者是热自里

而往外发，兼汗出。往来寒热（98条）和寒热如疟（25条），前者一日数发，休止时仍有不适感，后者发有定时，休止时身如常人。时发热（54条）与潮热（214条），前者发热不定时，后者每日日晡时发热。身热（101条）与烦热（242条），前者为他觉症，后者自觉有热而烦不安。微热（365条）与无大热（174条），前者体表稍稍发热，后者体表热不显，但多见于里热证。还有外热是外表有热，里热不显，厥热是厥热胜复等。对发热真假的判断宜着眼于：真寒假热、虚阳外越之热状，是手扪肌肤有热感，而病人并无发热之感觉。俞长荣氏（见1981年9期《中医杂志》）将本书的某些热型与现代医学的热型互相联系，如不规则热与太阳发热，间歇热与往来寒热，双峰热与热多寒少、日再发，弛张热与潮热，再发热与厥热等，从热型看均颇近似，可作临床参考。

发热的治疗，当需确定为某经病后再辨证论治。如翕翕发热用桂枝汤解表。蒸蒸发热如阳明经证用白虎汤；如腑证用承气汤（250条）。往来寒热用小柴胡汤。寒热如疟，如太阳表邪未解可用桂枝麻黄各半汤（23条）或桂枝二麻黄一汤；如为少阳半表半里，用小柴胡汤（149条）；如为阳明里热，按阳明经腑证治疗（242条）。时发热多见于太阳表证则先其时服桂枝汤。潮热如为阳明里实，用承气汤；如为结胸，用大陷胸汤；如为少阳病，可用小柴胡汤。身热如为邪在胸膈，用栀子豉汤；如邪在少阳，可用小柴胡汤；如邪在阳明，用白虎汤。烦热多见于栀子豉汤证。微热一般是病渐消退。如里热证之无大热，可用白虎汤；如阴证之无大热，当用干姜附子汤（61条）。真寒假热、虚阳外越，当用四逆汤类方。

2．汗证

本书论及汗的条文有150多条，论汗证的有77条。出汗的类型有自汗（49条）、盗汗（138条）、红汗（46条）、战汗

（104 条）；汗出的程度有微汗（48 条）、大汗（26 条）、漏汗（20 条）；部位有遍身汗出（12 条），但头汗出（114 条），额上汗出（205 条），手足汗出（213 条）等。自汗量不多，多见于风邪袭表、营卫不和及风温；服发汗解表药后可见遍身微汗出；盗汗较少见，可见于表邪未解、邪已及里，少阳病里热盛、阳明病热外越；战汗是正气伸张，驱邪外出；大汗出多见于阳明经证，太阳表虚、阳盛于外及里热迫肺，肺气上逆，少阴亡阳、虚阳外越也可见大汗出，但有四肢厥逆等症；手足然汗出多见于阳明腑证（213 条），阴寒内盛、欲作固瘕（196 条）也可见；但头汗出常见于湿热黄疸（138 条），少阳病阳微结（153 条），也可见于火逆证及热人血室；里热上蒸之额上汗，可见于阳明病和三阳合病（224 条）。出汗的治疗，也需确定为某经病后，再辨证论治。如营卫不和、风邪袭表汗出用桂枝汤；邪热迫肺汗出用麻杏石甘汤；少阳病汗出用小柴胡汤；湿热黄疸用茵陈蒿汤等；阳明经热汗出用白虎汤或白虎加人参汤；腑证汗出用承气汤；热入血室汗出刺期门；火逆证汗出用清热养阴随证治疗；少阴亡阳汗出急用四逆加人参汤回阳救逆。

3．痛证

本书六经病都有痛证。从部位分，有头项痛（1 条），骨节疼痛（35 条），体痛（3 条），咽痛（311 条），心中痛（326 条），腹中痛（357 条），四肢痛（352 条），绕脐痛（241 条），从心下至少腹痛（141 条）等 17 种；从痛的性质来分，有满痛（243 条）、急痛（102 条）、硬满而痛（154 条）、按之痛（340 条）等 14 种。以痛的有无（如心下硬满而痛为结胸，满而不痛为痞）、痛的部位（心下至少腹硬满而痛为大结胸证，绕脐痛为阳明腑证）、痛的性质（如腹满时痛是太阴虚痛，大实痛是阳明实痛）来作鉴别诊断。以痛的标本缓急决定治疗（如 93 条清便自调后还有身疼痛，再用桂枝汤）。以对痛证的辨证知预后，如 56 条

"若头痛者，必衄"等。

痛证的治法，仍以辨证为主。分为发汗解表（如麻黄汤）、和解（如柴胡桂枝汤）、清热（如小陷胸汤、桔梗汤）、攻下逐水（如大承气汤、大陷胸汤）、祛风除湿（如桂枝附子汤）、温阳祛寒（如附子汤、吴茱萸汤）、补益（如新加汤、小建中汤）、固涩（如桃花汤）、安蛔（如乌梅丸）、针刺大椎和肺俞治头项强痛等十法。

4. 渴证

本书六经病皆有口渴。太阳病微渴（40、71条），阳明病大渴（26条），少阳病口苦而渴（264条），太阴病渴而吐利（229条），少阴病自利而渴（282条），厥阴病消渴（326条）。其病机有三方面：邪热伤津致渴，饮停气不布津致渴，阳虚不化津致渴。临床可将口渴作为辨证及判别病情、知预后的依据。口渴证分八类：里热耗津用白虎加人参汤，或承气汤急下存阴；邪热壅肺引起，用麻杏石甘汤；水热互结、津不上承，实热则用大陷胸汤，阴虚余热则用猪苓汤；湿热郁蒸、津不上承，如有黄疸用茵陈蒿汤，如有下利用白头翁汤或葛根芩连汤；津伤阴虚用芍药甘草汤或黄连阿胶汤（后者有心火上亢）；水饮内阻、津不上承，如为蓄水证用五苓散，如水饮阻肺用小青龙汤；枢机不利、津不输化用小柴胡汤及其类方；上热下寒，则寒热并用以调和阴阳；阳虚阴盛，水不化津，则用四逆汤之类温阳以蒸化津液。

5. 喘咳证

本书的喘咳证既可作证候又指病机，又可判断预后。按病因病机可分14类：风寒外束用麻黄汤（35条）；外寒内饮用小青龙汤（40条）；新感引动伏邪，喘之轻者（19条）；表寒肺气上逆用桂枝加厚朴杏子汤（43条）；表寒肺热用麻杏石甘汤（63条）；表邪误下，邪热迫肺和大肠用葛根芩连汤（34条）；腑实气逆用大承气汤（213条）；痰实在胸用瓜蒂散（171条）；水饮

射肺用十枣汤（157 条）；热实结胸用大陷胸汤、丸（138 条），寒实结胸用三物白散（146 条）；阳虚水邪凌肺用真武汤（316 条）；阴虚、水停下焦用猪苓汤（319 条）；阴竭阳衰而见息高（229 条），则危候。

6. 烦躁证

六经病皆有烦躁，是许多疾病的外候，能作为诊断、辨证、测预后的依据。烦是由于病邪侵袭人体，本身阳气亢奋，与病邪相争的表现，是自觉心胸烦热。躁是邪势太盛，病将深入于里的表现，是不安愦乱，手足躁扰，是他觉症状。但临床多并见。烦与躁比较，烦轻躁重，烦躁轻而躁烦重。烦躁多数是误汗、误火亡津，病入脏腑；但躁不烦是阴寒内盛或寒热错杂。如果下利后引起烦躁，则非佳象。烦分自烦、复烦、反烦、心烦、微烦、暴烦、烦而惊、烦而悸等。

烦躁按病机分有 21 类：（1）表证不解、热郁于里：无汗、烦躁，大青龙汤证 38 条；（2）少阳热在半里，小柴胡汤证 98 条、265 条；（3）少阳郁热，大柴胡汤证 106 条；（4）里热嚣张，白虎汤证 173 条；（5）里热实结，承气汤证 212 条；（6）余热扰胸，栀子豉汤证 78、79 条；（7）阴虚火旺，黄连阿胶汤证 303 条、猪苓汤证 319 条；（8）寒热错杂、蛔虫扰动，乌梅丸证 38 条；（9）阴盛亡阳证（包括死证），四逆汤类 282、298 条；（10）少阴热复转安，自愈及可治证 120、287、289 条；（11）病重传变，300 条少阴证、161 条痞转五苓散证、266 条少阳证转阳明证、269 条少阳证转厥阴证；（12）中焦虚寒，吴茱萸汤证 309 条、200 条阴黄谷疸；（13）火攻表证变坏病，桂枝甘草龙骨牡蛎汤证 122 条；（14）水饮停蓄，五苓散证 74 条；（15）表解不彻，24、46、48、57 条；（16）. 误治成变：伤阴 125、226 条，伤阳 29、30、61、69 条，里虚 165 条，成痞结胸 138、163 条；（17）表里虚寒，小建中汤证 105 条；（18）痰饮在胸，瓜蒂

散证 354 条；（19）病后纳少，390、397 条；（20）因痛而烦，风湿病 179、180 条，太少并病，柴胡桂枝汤证 151 条；（21）阴阳两虚，茯苓四逆汤证 69 条。

7. 嗜卧证

本书将嗜卧嗜寐分成 5 类：伤寒热郁阳明引起，多兼壮热烦渴，可用白虎汤加减（268 条）；三阳并病挟湿而嗜卧，可用小柴胡汤（234 条）；表病已解，正气尚未全复（37 条）；温病，可用辛凉解表法（6 条）；少阴阳虚，用四逆汤类（61、281、282、300 条）。另有不得卧的分 8 种，一种是厥阴病真寒假热，躁不得卧，下利，厥逆，危重证（344 条）。第 2 种是 303 条黄连阿胶汤证，319 条猪苓汤证，都是少阴热化伤阴。第 3 种是少阴阴寒极盛的死证，300 条。第 4 种是阳明里实结的大承气汤证，244 条。第 5 种是阳明经证误治伤阴，226 条。第 6 种是胸中有痰饮，143 条。第 7 种是表证治疗后余邪化热扰胸膈，栀子豉汤证，78 条。第 8 种是胃津不足，71 条。

8. 谵语证

本书之谵语，可作为审因论证、诊断治疗、推断病情、测知预后的根据。证治分 7 类：①属阳明腑实者，用承气汤（217～220 条）；②属胃热炽盛，用白虎汤（224 条）；③属热入血室者，刺期门（148、221 条）或服小柴胡汤（参考 149、150 条）；④属肝木乘脾者，刺期门（111 条）；⑤属虚实错杂者，用柴胡加龙骨牡蛎汤（110 条）；⑥属坏病变证则随证论治（表证火攻变证 113、114 条，少阳证误治成坏病 267 条等）；⑦太少并病邪热内陷，刺期门（147 条）。

9. 呕吐证

六经病都可有呕吐，但呕吐只是一个证，必须与某经之脉证同见，方可确定诊断。从临床看，三阳经之呕吐，应以空呕或呕吐清涎、黄涎为多，症状属实热；三阴经之呕吐，以拒食，食后

即吐或逾时而吐，吐出不变食物为多，症状属虚寒。

呕吐分六经论治：太阳病呕吐为表证而呕吐，可见恶寒发热，有桂枝汤证（12 条）、麻黄汤证（3 条）、五苓散证（74 条）、小青龙汤证（40 条）、葛根加半夏汤证（33 条）、栀子生姜豉汤证（78 条）、十枣汤证（157 条）；阳明病呕吐为里实热而呕吐，有承气汤证（127 条）；少阳病呕吐为呕而发热，有小柴胡汤证（154、378 条）、大柴胡汤证（106 条）、柴胡桂枝汤证（151 条）、柴胡加芒硝汤证（107 条）、半夏泻心汤类方证（162、163 条）、黄芩加半夏生姜汤证（177 条）、黄连汤证（178 条）；太阴病呕吐为中焦虚寒呕吐，有四逆汤类方证（273 条）、吴茱萸汤证（245 条）；少阴病呕吐为阳虚里寒或亡阳而呕吐，有表证误治变少阴阳虚亡阳，用甘草干姜汤（29 条），如少阴热化则有猪苓汤证（319 条）、阳虚里寒有四逆汤类方证（282、315、317、324 条）、真武汤证（316 条）、吴茱萸汤证（309 条）、亡阳死证（292、296、300 条）；厥阴病呕吐为寒热错杂致呕，有上热下寒之乌梅丸证（326、338 条）、干姜黄芩黄连人参汤证（358 条）、肝寒犯胃之吴茱萸汤证（377 条）、热厥可用白虎汤（339 条）、外寒里热吐脓血的麻黄升麻汤证（356 条）、里有痈脓的实证呕吐（375 条）、血虚兼里寒的当归四逆加吴茱萸生姜汤证（351 条）。另外还有少阳阳明同病从少阳论治的 233 条，表证过汗伤中阳（124、126 条）。

呕吐如按病机分则有 5 类：①中阳虚，以理中汤、理中丸及其加减治疗的，例 29、77、126、245、273、377、395 等条；②脾肾阳虚，以四逆汤治疗的，例 324 条；③寒热错杂、上热下寒，以寒热并用法治疗的，例 358 条；④水饮停蓄，以利水法治疗的，例 74 条；⑤余邪留胸膈，以栀子豉汤和白虎汤加减治疗的，例 78、226、396 条。这和以六经分类，以汤证分类可合参。

哕是干呕，也属呕吐范围。本书从病机分有四种：①脾虚致

哕，100 条；②胃中虚冷致哕，199、229、379 条；③腑实致哕，114、214、380 条；④小便不利致哕，234、380 条。前二种属虚寒，哕声低微，腹不胀满，二便自调或下利清谷；后二种属实，哕声响亮，腹胀满，二便秘。

10．厥逆证

厥逆多为阴证，是正气虚衰的表现，因此在三阴证中，厥逆是常见证候。但厥逆属实热者也常见。赵养葵在《医贯》中说“阳厥补阴，壮水之主；阴厥补阳，益火之源”，是对厥逆证的一般治则。对于厥逆证的病机治则，可综合为 10 种：①阳虚寒厥，常出现于各种疾病的危重阶段，用四逆汤类方，共 31 条，太阳篇有 29、38 等 3 条，少阴篇有 294、298 等 8 条，厥阴篇有 330、365 等 18 条，霍乱篇有 387、389 条。②热郁于里的热厥，常出现在热病高峰期及感染性休克时，用白虎汤、承气汤等治疗，共 335、350 等 7 条。③气郁于里而厥，常伴有肝木侮脾的症状，用四逆散治疗，318 条。④蛔厥用乌梅丸，338 条。⑤水厥用茯苓甘草汤，355 条。⑥痰厥用瓜蒂散，354 条。⑦血虚厥是血虚气也虚，气血均不达四肢，347 条，可用当归四逆汤。⑧寒热错杂厥常见于上热下寒，用麻黄升麻汤，365 条。⑨胃寒手足厥逆冷常见于胃寒呕吐、下利颇甚而引起，用吴茱萸汤等治疗，202、309 条。⑩脏厥是危重证，亡阳证，338 条。

厥逆的病机不外乎阳气虚和阳气郁二种，由此引起阴阳气不相顺接是发病的关键。从现代医学观点看寒厥，都伴有末梢循环衰竭。李恩氏（见 1981 年 6 期《新中医》杂志）认为热厥、真热假寒是邪热盛而格阴于外，表现有中毒症状，可见于大叶性肺炎、中毒性菌痢及多种急性传染病的严重阶段。毒素作为解联剂拆离了氧化磷酸化，使热能放出过多（阴阳气不相顺接），产生内热。由于微循环衰竭，影响机体散热机能而发热。血液所带的氧不能到四末，以致外寒。如果微循环衰竭严重，可发生弥漫性

血管内凝血（DIC），发展为寒厥休克。寒厥真寒假热分二种情况：一是阴寒内盛，逼阳于外，如剧烈吐泻、急性肠胃炎重症，表现阴寒证候而出现面色微红、烦躁等假象；二是慢性疾病致使内脏功能衰竭，特别是心肾功能衰竭，本是虚寒证而出现面红、烦躁身热等假象。厥证也可能与机体能量代谢有关，能量代谢降低（阴阳虚衰）不能维持脏腑的正常生理机能；不能正常的进行氧化磷酸化，生成 ATP。阴阳不相顺接，失去气化功能，表现脏腑功能低下。金红卫氏（见 1980 年 12 期《中医杂志》）认为热深厥深，热微厥微，在正气不衰时，是厥或热互相推测其轻重深浅，在正气衰退时，热微是阳损轻而厥微，热深是阳耗太甚而厥深，这是邪盛正衰，热厥向寒厥过渡。作者同意柯琴的观点，认为厥与热之间都是相互作用、互为因果的，寒邪会阳复太过，热盛伤阴；热厥会壮火食气，阳虚生寒。这种相互转化，反映出阴阳俱微，脏气衰惫的实质。当感染性休克时，病情加重时，肛趾温差越大，血流灌注不足，多伴有心脑肾等功能衰竭，表现一系列阳衰症状。这就是热厥转为寒厥。在临床实践中，寒厥与热厥往往同时存在，不能截然分开。金氏认为寒厥是少阴病发展的最后阶段，是伴有四肢逆冷的内脏功能严重衰竭的综合病证，因此寒厥是厥的重点和最终归结。包括热厥在内的其它厥证，只是寒厥发展过程中的不同类别。这些看法，结合了中西医学的观点，从生理病理方面给予解释，是有一定道理的。

11. 下利证

本书六经病各篇中，都载有下利，包括下利脓血和完谷不化。如按六经分类，太阳下利用解表升提法，32 条葛根汤治疗；阳明下利，热迫大肠用清里解表法，34 条葛根芩连汤；热结旁流用攻下法，108 条，承气汤随证应用；少阳下利如胆热移肠胃，用苦寒清热法，177 条黄芩汤治疗；兼里实，用表里双解的大柴胡汤 170 条或柴胡加芒硝汤 107 条；太阴下利用温中解表的

桂枝加人参汤168条；少阴下利用散里寒回阳的四逆汤类方93、315条，如少阴热化下利，用猪肤汤治疗310条；厥阴下利，上热下寒者，用散寒清热酸敛的乌梅丸338条，或清上温下的干姜芩连人参汤358条，气郁下利用疏肝解郁的四逆散318条，厥热胜复者，当辨证治疗331、332条。如果寒热错杂可用三泻心汤162、163条；下焦滑脱可用赤石脂禹余粮汤164条，小肠清浊不分者，当佐用利小便法，如381、382、383条。

从病因病机分，下利（包括脓血便）分21种82条：（1）表邪未解兼挟里热用葛根汤；（2）表邪化热内迫肠道，用葛根芩连汤；（3）表邪传里，热结肠胃用大柴胡汤；（4）表邪未解，脾胃虚寒用桂枝人参汤；（5）热邪内迫，利下脓血用白头翁汤；（6）少阳邪热内迫大肠用黄芩汤；（7）丸药误下，里实未解的热结旁流用承气汤类；（8）肝脾不和，气机不畅用四逆散；（9）寒热错杂，升降失常用泻心汤、干姜黄芩黄连人参汤；（10）伤寒误下，外寒里热用麻黄升麻汤；（11）正气恢复，驱邪外出的有113、287、278三条；（12）下焦不固，滑泄不禁用赤石脂禹余粮汤；（13）脾胃阳虚，寒湿内盛用吴茱萸汤；（14）下焦阳虚，阴寒内盛用四逆汤类方；（15）大小肠失职，清浊不分用利小便法如381～383条；（16）外邪入里，正虚邪实，155条是误下成结胸；（17）水饮停肺，下迫大肠用十枣汤；（18）阳虚阴盛，下焦滑脱用桃花汤；（19）少阴热化，里热下利用猪苓汤、猪肤汤；（20）肾阳衰微，水停下焦用真武汤；（21）厥逆进退，病情加重的可随证治疗，如331、332条。另有下利死证，计有下焦命门火衰、兼喘促、兼厥不止、泄而脉大、泄脉不还、利下汗出不止、下利而烦躁不止，以及直视喘满者，均属危候。时振声氏（见1980年第1期《上海中医药杂志》）将本书的下利与现代医学的病证相互对照，认为太阳下利类似急性胃炎、急性胆道感染等；阳明下利类似急性菌痢；少阳下利类似急性胆道感染等；太阴下

利类似一般急性肠炎；少阴下利多见于全身消耗性疾病合并腹泻；厥阴下利类似中毒性菌痢。读者可结合临床作出自己的体会。

12. 便秘证

六经皆有大便秘结。引起便秘的原因不同，所以便秘只是一个症状，其治法当辨证论治。三阳病多肠胃实热便秘，也有外有表邪里有阳气郁结而引起的阳结，少阴、厥阴病在热化后也可出现便秘，所以可随证用三承气汤，分别以峻下、轻下、缓下。太阴病脾胃虚寒而便秘当用双顾法，宜桂枝加大黄汤。还有少阴病纯阴结，只有里寒而无表证，宜温通，仿用桂枝加大黄汤、附子泻心汤等，后世的半硫丸可用。如果便秘系肠燥引起，称脾约，宜用麻子仁丸润下，或蜜煎导、猪胆汁外导通便。

13. 痞证

于其他病中，治法以五泻心汤为主，而实际上是调脾胃之升降，主方名为泻心，实为泻肠胃。因此将治痞归纳为八法：大黄黄连泻心汤的清热除痞；附子泻心汤的温阳散痞；三泻心汤的清上温下；旋覆代赭汤的补虚降逆；大柴胡汤的解表泄痞；桂枝人参汤的温里解表；瓜蒂散的因势利导涌吐；五苓散的化气利水。虚痞一般以中焦气虚引起者居多。在慢性胃炎、肠功能紊乱多见，可能系平滑肌张力低下及植物神经功能失调所致。治疗宜温中健脾为主，佐以辛通，可用附子理中汤或小建中汤加减。如夹有食积、痰湿或邪热、瘀血，当兼祛实邪。

本书关于痞的形成，有四种不同的病因病机：①表证误下而来，如156、163等条；②少阳证误下而形成，如154条；③表已解，胃气弱，也可成痞，如162、166条；④水饮内停成痞，如161条。

14. 结胸证

结胸证，包括大、小结胸、寒实结胸和藏结四种。本书从

132条至155条（其中145、150条不是），以及172条共23条条文叙述了关于此病的病因病机、治疗、鉴别诊断及似是而非的类似病症。下面分述之：

结胸证是表证误下，邪气入里与痰饮相结于心下，属阳热实证，用大陷胸汤，如135、139、140条等。小结胸病的症状轻些，用小陷胸汤，如142条。寒实结胸证也是表证误下，邪气入里与痰饮相结于心下，但是寒邪，因而属于阴寒实证。用小陷胸汤或白散，如146条。

藏结为阴寒结聚、中焦虚寒，本书未出治法，可用温阳化痰、活血消瘀法治疗，如133、172条。

结胸证主要是便秘、腹痛（心下痛）拒按、板状腹，因此类似急腹症。藏结因平时胁下有瘀血，再加阴寒之邪入里与之结聚而成，所以难治。另有147～149、151～153条，症状象结胸而不是，作为对照鉴别而设。

15．出血证

本书之出血证，可归纳为7种类型：①太阳表证衄血，46、47条，表实用麻黄汤，表虚用桂枝汤；②下焦蓄血证便血，宜桃仁承气汤109条或抵当汤239、259条活血化瘀；③阳明病热入气分，热伤阴络便血（221条）及热伤阳络衄血证（207、230条），宜对症治疗；④火逆证便血，与温病热入营血证相同治法，117条；⑤少阴热化，移热膀胱尿血，移热大肠则便血，轻则猪苓汤，重则黄连阿胶汤清热滋阴降火，293条；⑥厥阴热化，下厥上竭出血，包括便血、便脓血，宜扶阳救阴益气固脱（334、339、341、362、366条）；⑦少阴里虚寒便脓血，用桃花汤治疗，306～308条。另有144条是以脉测证。

16．蓄血证

太阳病蓄血证共109、128～130四条，三个处方即桃核承气汤、抵当汤、丸。关于太阳病蓄血证的部位，前人共有五种看

法：膀胱（沈金鳌为代表），下焦或少腹（柯琴为代表），小肠（钱天来为代表），胞宫（张锡纯为代表），多数的看法是以辨证为度。我们认为"下血乃愈"与"小便自利"不矛盾，瘀血与邪热结于膀胱，是泛指大肠、回肠、膀胱、胞宫等下焦部位，并不局限于膀胱本身。①如结在膀胱，病情较轻，尚未影响小便排泄，同时又由于热迫血妄行而尿血，且热随血去而自安（当然，从现象上、症状上看，可以有这样的结果，从疾病的本质上讲，也可能不会自愈）。如轻度的血淋，热与瘀血结于膀胱，又出现尿血，由于少腹疼痛而拒按，相当于少腹急结硬满，其人如狂且有表证者，也可能会暂时血去而自安。如果病情较重，瘀热也可能影响小便，使之不通利，例如热淋、血淋之较重者，也可以出现这种情况。②瘀血与热结于大肠、回肠而便血，也是可以理解的。例如其病恶寒发热、腹痛拒按、大便有血，如能喝水则小便利，如不能喝水则小便不利，少而且黄，况且即使瘀热结于大、回肠，由于邻近膀胱，也可影响小便，使之不利。蓄血证是经腑同病，腑证较轻可用桃核承气汤先治经后治腑；腑证较重，可用抵当汤先治腑后治经。

17. 热入血室证

本书所说血室是子宫、肝、冲任二脉三者的综合作用。其实这三者的关系密切，冲脉为血之源头，血必由源而出，又必聚藏于肝，况且任脉通，太冲脉盛，月事以时下，更说明三者的关系。何况条文中热入血室并无血室的特殊症状，都可用六经病机和辨证去理解、统一、辨证论治，所以不必把血室硬归于何处。热入血室是指经行（或产后）感受外邪，冲任失调，胞宫功能紊乱，经水适来或适断时，外邪乘虚内陷，邪留血室而发病。主要症状除经水猝止外，有发热、心烦、神昏谵语、胸胁胀满、小腹痛拒按等，治疗以小柴胡汤加减（149 条，可参见本书临床经验篇有关文章），也可用相关方药治疗。王明辉氏认为本书的热入

血室证，据受邪部位不同，可分为四类：邪在少阳，寒热如疟，用小柴胡汤；邪在阳明，下血、谵语，针刺期门；邪阻肝经，胁下、胸满，谵语，针刺期门；邪陷冲脉，昼日明了，暮则谵语，可以自愈。上述证如十余日不解，神志忽清忽乱，此为瘀热在里，可用桃核承气汤加减治疗（见 1979 年 10 期《浙江中医药》)。张谷才氏按卫气营血和六经辨证相结合的方法，将本病分八型，乃是对本书热入血室证治的发展。其治疗除按温病常规治疗外，需注意凉血活血。具体方法：邪在卫分可用辛温解表化瘀或辛凉解表兼凉血；气血两燔，凉血清气兼通经，玉女煎加减；热入营血当清营凉血；热结阳明用桃核承气汤泻下瘀热；邪在少阳宜和解并清热凉血；血蓄胞中宜加减抵当汤逐瘀；热入厥阴宜清热滋阴，用加味青蒿鳖甲汤；热伤气阴用护阳和阴汤补气养阴，兼清余热。我们认为热入血室是比较单纯的经期感染或产后感染。

18．奔豚病

奔豚病之名虽出自《金匮》，但本书也有（65、121 条）。本病发作时，自觉有一股气从脐下少腹开始，向上冲逆直达胃脘，不时上下，最后至咽部为止，常伴有头晕目眩、气急、心悸、心下逆满，甚或烦躁等症状。治法：如因寒水相结，使太阳经气化壅滞而欲作奔豚，宜苓桂枣甘汤；如因烧针发汗、针处被寒而发作者，宜桂枝加桂汤；另有 67 条苓桂术甘汤证，实际“气上冲胸”也是奔豚，从方药与苓桂枣甘汤比较，也相似。其病机还是汗多伤心阳或脾阳，下焦范围水气上冲，与 64 条对照看，都有汗多伤阳心下悸，都用桂枝甘草汤治疗，后二条则有水饮，所以用健脾的茯苓、白术、大枣健脾利水。如果灵活一点看，64 条可以说是奔豚病的初起或轻症。

19．水气病

本书对水气病的治疗，以发汗、渗利、温运、逐水为法。以

病机和汤证分有5种：表寒里饮有40条小青龙汤证、121条桂枝加桂汤证、28条桂枝去桂加茯苓白术汤证、145条文蛤散证；水结胸胁如157条十枣汤证、141条大陷胸汤证、152条柴胡桂枝干姜汤证；水阻中焦有162条生姜泻心汤证、71条五苓散证、65条苓桂枣甘汤证、73条茯苓甘草汤证、67条苓桂术甘汤证；下焦阳气不化有84条真武汤证；水热互结有226条猪苓汤证、394条牡蛎泽漆散证。

以治法分，本书治水气有6法：小青龙汤的解表化饮；苓桂合用的通阳利水（有五苓散、苓桂术甘汤、苓桂枣甘汤、茯苓甘草汤）；大陷胸汤、丸及十枣汤的攻下逐水；猪苓汤的育阴利水；生姜泻心汤的和胃散水；真武汤的温阳利水。

20. 除中证

本书的除中证见于332、333条，开始时是太少阴合病或厥阴病里寒证，阳气衰减，病势转内，而变为阴虚寒厥，再误治而为亡阳寒厥临终的前兆。从临床看，除中证一般多见于慢性消耗性疾病。在现代医学看来，可能是机体在临终前产生的一种应激反应。其本质是“阴阳离决”。

21. 蛔厥证

关风林氏等师古而不泥古，在本书338条蛔厥证用乌梅丸治疗的基础上，在临床上将本病分为蛔滞、蛔热、蛔火、蛔隐四型，分别用乌梅汤、胆道排石汤6号、清热利胆排石方药、利胆排石综合“总攻”治疗，配合电针、电极板及西药驱蛔、解痉止痛等，治疗386例，愈86.80%，好转12.70%。说明对蛔厥证的治疗，比本书单用乌梅丸疗效大有提高。

22. 瞑眩、郁冒证

本书的瞑眩，首见于46条目瞑，瞑眩是在正确的治疗过程中，突然出现的一种好的治疗反应，其预后良好。这是药力助正驱邪，奋然蹶起，邪气溃败。王允升在1981年《山东中医杂志》

创刊号中撰文认为：瞑眩现象的临床表现各式各样，以战汗为多见。概括临床常见的瞑眩现象有：小柴胡汤的瞑眩，多作战汗，出于枢机；泻心汤的瞑眩，多作下利；乌附剂的瞑眩，多作吐水；麻黄汤的瞑眩，多作鼻衄，出于肺窍；太阴病脾虚转实的瞑眩，暴烦下利，出于胃肠；少阴病戴阳病的瞑眩、郁冒汗出，出于心肾。其它瞑眩现象如心烦、目瞑、昏冒、痉厥、下血、虚脱等，其治疗是因势利导，这是发展了本书治目瞑、郁冒的范围。

本书中有 6 条郁冒，分 5 种类型：95、165 条是正气虚所致虚冒，95 条是表里俱虚，165 条是气阴虚；365 条是阴阳相争正气未复；297 条是阴阳相争、阴胜阳亡；147 条是太少并病而表邪盛；179 条方后注中“冒”是毒药过量引起。上述之治疗，当扶正、驱邪、回阳、解毒。

23．黄疸证

本书描述的黄疸，其病因是“风寒侵表、瘀热在里、疫气传染”，从现代医学看，本书 260～263 条的症状极象黄疸型肝炎，260 条象阴黄，261～263 条是阳黄；100、234 条类似肝脾肿大，129 条类似于慢性肝脾肿大、溶血性黄疸和亚急性肝坏死引起的 DIC 并发的急性肾功衰竭等。从方证和治法看，本书退黄法分六类：有 261 条茵陈蒿汤的泻下退黄；263 条麻黄连翘赤小豆汤的解表退黄；262 条栀子柏皮汤的清热退黄；129 条抵当汤的逐瘀退黄；138 条的利尿退黄；192、200、260 条的温化退黄。也有人主张将传染性肝炎按六经分型论治，急性期（黄疸型）：阳明发黄治在胃，茵陈蒿汤；太阴寒湿发黄治在脾，茵陈四逆汤；阳明兼太阴发黄，茵陈胃苓汤。慢性期（无黄疸型）：阳虚血弱，治在太阴，归芪建中汤；阴虚血燥，治在厥阴，三甲复脉汤或加味逍遥散。日人大冢敬节氏用茵陈蒿汤治急肝，栀子柏皮汤治虚证黄疸，小建中汤用于虚寒黄疸，四逆汤用于阴黄，大柴胡汤与茵陈蒿汤合用治胸胁苦满显著，炙甘草汤治黄疸兼脉结代、心动

悸，麻黄连翘赤小豆汤治亚急性黄色肝萎缩。这些治疗方法都可作临床的参考和借鉴。

24. 腹证

本书归纳腹证的治法，分 11 种：（1）心下满热烦，病在胃脘（膈上），用吐法，瓜蒂散证；（2）腹满痛拒按的腑实证，心下痞硬满、引胁下痛的水饮内结，均可用下法；（3）蓄血证可用攻下兼消瘀法；（4）胸胁苦满的少阳病，心下痞满而不痛的痞证，可用和解消导理气法；（5）属于表里相兼的心下急（大柴胡汤证），腹满痛而按之硬（大实痛）（桂枝加大黄汤证），可用消导攻下和解法；（6）奔豚病腹中满胀，按之软（气滞），可用健脾理气利水法；（7）腹满痛喜按者（279 条，桂枝加芍药汤证），用补法；（8）胸中热、腹中寒引致的腹痛或腹微满痛，用寒热错杂法，178 条黄连汤证；（9）下利而腹胀满或下利而腹痛可按者用温法，317 条等四逆汤类方；（10）瘀痰水饮相结而腹硬满痛不可近的结胸证，用消下法，大小陷胸汤证 138、141、142 条；（11）外有表证，里有水饮的心下满微痛，28 条桂枝去桂加茯苓白术汤证。

25. 心悸

本书叙述心悸共有 11 条，分 7 类：①过汗伤心阳，心下悸欲得按，桂枝甘草汤证，64 条；②水气停于心下，心下悸，小便或利或不利，98、131、355 条；③过汗阳虚，水气内停，心下悸、身瞤动，真武汤证，84 条；④表证误下伤津血 49 条，可用小建中汤；⑤伤寒表证兼心气虚而心动悸、脉结代，小建中汤证，105 条；⑥阳郁于里而四肢厥逆，四逆散证，318 条；⑦少阳病汗吐下后成变证，265、266 条。虽然在临床上还可分得更细，但确是起到指导作用。

（以上由曲秀霞、苏玲编写）

四、《伤寒论》方药的临床应用

(一) 有关组方、配伍、煎服法等

本书方剂组织严谨、药简效专。本书选方有五条规律：①凡方名后有"主之"二字的，这是因症状典型，病因、病性、病机、诊断明确，而确定的最佳选方；②方名前有"宜"字，是因两经同病，顺应病势，分缓急先后而给予的恰当选方。或者是因一症而联想到它症时，由于不是很具体的现实的病症，而作一推测性的治疗。如239条"其人喜忘者，必有瘀血"，240条"若有燥屎者，宜……"。③对病因同而病机不同的病例，用比较选方，如73条汗出而渴用五苓散，不渴者用茯苓甘草汤；④抓住关键症状而用"可与某汤，若不……不得与之"，是对症选方，如15条；⑤对病因同、病性相近、临床表现与两个方剂的主症均有密切联系的，用鉴别选方，如154条柴胡不中与之，宜半夏泻心汤。

本书方剂的命名，有13种方法：以方的全部组成药物命名，如干姜黄芩黄连人参汤；以方的主要药物命名，如桂枝汤；以某方及加减药物命名，如桂枝加芍药汤；以合方的用量比例命名，如桂枝二越婢一汤；以方的功能命名，如大陷胸汤；以形象比喻方的特点命名，如白虎汤；以主药及方的功用命名，如当归四逆汤；以组方药物的总数及主药特点命名，如五苓散；以主药别名命名，如白通乃葱白之别名，抵当乃水蛭之别名；以强调方的某一特点命名，如蜜煎导。以该方的某方面作用的大小命名，如大承气汤、小承气汤、调胃承气汤；以该方组成药物的颜色命名，如白散；以两个合方的方名来命名，如柴胡桂枝汤。

关于用药剂量，本书麻黄汤、桂枝汤中的主药的用量，与今日常用量相比超出约3倍，麻黄汤桂枝汤之发汗量很重。汉朝1

斤约 225 克，按 16 两折算、麻黄、桂枝都是 42 克。另如附子、细辛、水蛭、虻虫、吴茱萸、大黄等比较猛烈的药品用量都比较大，这是病情决定的。但对剧毒药的用量是审慎的，如十枣汤、三物白散用量均小。日人山田光胤氏认为日本用中药，尤其对《伤寒论》方，常用原方小剂量，除必要外尽量不炮制。

关于煎药的方法，本书有 8 种：所有药用水合煎、去渣再加药煎、去渣再煎、先煎几种、加药再煎、渍药绞汁、煎丸药、煎散剂、麻沸汤渍汁和水煎汁混合液等。煎药的时间和程度一是以消耗水量为度，二是以煮米熟为度；煎取量之多少，取决于病情的缓急；为了除掉药物的某些副作用，或为了煎取其有效成份，采用了先煎后入、烊化或渍取的方法；为避免药汁量多难服且易引起呕吐而采用浓缩一倍的方法；煎药的溶剂，有普通水、潦水(雨水)、甘澜水、清浆水及水酒混合液等；加水量是根据药味多少、剂量大小、病情需要煎煮时间长短而定的。孙志远氏从现代药理学的角度，探讨某些药物先煎的道理，认为麻黄先煎去沫，是为了破坏少量的麻黄碱，减少毒性；葛根先煎是增加退热解表的作用，葛根淀粉能防止麻黄碱挥发，葛根黄酮碱能拮抗麻黄碱拟交感性缩血管作用；先煎蜀漆能破坏部分常山碱；大陷胸汤中先煎大黄，破坏部分蒽醌类衍生物，减缓泻下作用，使消炎、收敛作用尽量煎出；十枣汤中的大枣能减少大戟等对胃的刺激；苓桂枣甘汤中的茯苓，因为用量大，先煎能保证药效；小陷胸汤先煎瓜蒌，能使痰气下降不伤胃；茵陈先煎，能使有效成分煎出，同时破坏挥发油，减缓其对胃肠道的刺激（见 1981 年 5 期《浙江中医杂志》)。

在剂型选择方面，本书有汤剂、大蜜丸剂、小蜜丸剂、蜜和熟米饭混合为赋形剂的丸剂、用含油脂的药物捣研成泥为赋形剂而作成的丸剂、药物本身捣成的丸剂、散剂、汤散结合、丸散结合、肛栓剂、灌肛剂等 11 种。

服药的方法，有如下 10 种：①药物用量不论大小，一煎分多次服；②症急顿服；③根据病情需要，缩短服药的间隔时间，后服小促其间，④日服二三次或昼夜连服，甚则 5 次；⑤1 日服半剂如茯苓四逆汤，1 日服四分之三剂如真武汤，1 日服三分之一剂如桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤；⑥服药一半，见效止后服；⑦易发挥药力而空腹服药，如平旦服十枣汤，先于“食”服，有桃核承气汤和乌梅丸；⑧依病势进退，如不效则更服；⑨依体质强弱而调整服药量如白散强人服半钱匕，羸者减之；⑩送服丸散也有不同的饮料，如饮服乌梅丸，煮丸连渣服抵当丸，沸汤和服文蛤散，白饮和服白散，香豉汤和服瓜蒂散，沸汤泡服理中丸等。

本书用谷畜果菜的，谷类有粳米（白虎汤等）、粥（桂枝汤等）、白饮（米汤。白散等）、米粉（猪肤汤）、赤小豆；畜类有鸡子黄（黄连阿胶汤）、鸡子清（苦酒汤）、猪胆汁（白通加猪胆汁汤）、猪肤；果类有枣、花椒；菜类有葱白、姜、甜瓜（蒂）、土（黄）瓜（根）；酿造类有豆豉（栀子豉汤）、饴（小建中汤）、阿胶（黄连阿胶汤）、白蜜（蜜煎导）、醋（235 条）；人体排泄物类有人尿（315 条）。

关于本书 113 方共用药物味数，报道种种不一。有 82、83、85、87、89、90、91、93、95 九种数据。本人按方（每方计一次）统计，正方为 87 味，加减中有薤白、荛花二味，合为 89 味。其中鸡子黄、鸡子清分别统计，酒、醋、人尿、裙等也各计一味。其中用得最多的是甘草，计 70 次，占 113 方的 61.9%，前十味依次是桂枝 40 次、大枣 39 次、生姜 37 次、芍药 30 次、干姜 22 次、人参 21 次、附子 20 次、半夏 18 次、黄芩 16 次，分别占 113 方的 35.4%、34.5%、32.7%、26.5%、19.5%、18.6%、17.7%、15.9%、14.2%，而前 5 味药即是桂枝汤的组成药。

本书各方用药变化有一定规则，加减有法，药变治异。可因一味药的剂量变化或药味加减，而改变主治病证，很灵活。例如本书一味药可用于多个方剂，泻剂中可用补药，寒药可用于温热剂。特别是六经病主要方剂的加减药，更是微妙。例如人参，主要是补益，但是涉及各方面，如理中丸中健脾，甘草泻心汤中健胃肠，竹叶石膏汤中养肺，吴茱萸汤中益肝、四逆加人参汤中补心肾之气、白虎加人参汤中养阴、炙甘草汤中补心血；总之气、血、阴、阳、心、肝、脾、肺、肾都能补益，而在小柴胡汤中则是扶正以祛邪。因此有的学者认为在辨证论治的基础上，执法不如守方，审证确实，便用原方。

本书的方剂有加减者，共6方：小青龙汤、小柴胡汤、真武汤、通脉四逆汤、四逆散、理中汤。为了同一证而6个方中有3个方进行加味的有7个证，其规律是：呕吐者加生姜，心悸者加茯苓、桂枝，咳者加五味、干姜、细辛，口渴加瓜蒌根、人参、白术，小便不利加茯苓，下利加干姜、白术、五味子，腹中痛加芍药、附子、人参。但为何还有不同？分析如下：①小青龙汤和小柴胡汤的口渴，加括蒌根和人参，是因为外邪化热和伤津，古时人参也包括西洋参、珠儿参等在内，也有养阴作用。而理中汤的口渴则加白术，是因为里寒证而见口渴，非津虚，乃水饮停蓄，与五苓散之口渴同样，水不化气，故加白术健脾化水。②腹中痛，小青龙汤和通脉四逆汤是因肝木乘脾土，所以加芍药缓急和中止痛；四逆散是阳气郁结，不得温煦，加附子温阳散寒；理中汤是因吐利伤正气，虚痛故加人参。③心下悸及脐上筑，小柴胡汤是因水饮内停而心下悸及小便不利，加茯苓利水；四逆散是心阳不振故加桂枝温通心阳；理中汤则两者兼有而都加。④真武汤之下利为脾阳不振而加干姜；四逆散之下利为阳气郁结，大肠不得阳气温煦，故加干姜温运、五味子收敛，而泄利下重是气滞，故加薤白辛温导滞；理中汤之下利是脾虚湿胜故加白术。

关于本书用药的配伍，除相辅相成配伍以外，相反相成的配伍法分五类：①寒热相济，治寒热错杂的病情：A. 上热下寒证（如栀子干姜汤证）；B. 外寒内热证（大青龙汤证）；C. 寒热互结证（如附子泻心汤证）；D. 表寒里热，中风用桂枝二越婢一汤、伤寒用大青龙汤；E. 胃热肠寒用黄连汤、乌梅丸、半夏泻心汤；F. 中焦寒热错杂，用三泻心汤；G. 阴竭阳亡用通脉四逆加猪胆汁汤；H. 热药与寒证格拒、少阴阴盛阳虚用白通加猪胆汁汤，厥阴寒热错杂用干姜芩连人参汤。除此之外，必须辨别寒热的真假，如表真寒及里真热，都用祛邪药，麻黄配石膏；而里真寒及表假热则用附子、干姜配猪胆汁、人尿；还必须辨别寒热的主次，如寒重热轻则热药多而凉药少，反之亦然；还要辨寒热的虚实，如寒热分虚实，故用药亦需补泻有别；另外，寒热并用之方，不一定治寒热相混之病，如麻杏石甘汤就治肺热咳喘。②辛酸相配，散敛调和，治邪郁而不散或正气散而不敛，如桂枝配芍药，细辛配五味子等；③补泻兼施，治虚实相杂。有攻补兼施的十枣汤，补消兼施的厚朴生姜甘草半夏人参汤，补通兼施的当归四逆汤，补清结合的白虎加人参汤。④苦甘并用，和胃缓中。本书很多方伍用大枣、甘草或生姜、人参，苦寒药佐甘草，祛邪不伤正；如胃气不虚，和胃更利祛邪，如已伤胃气，祛邪同时扶正；⑤温补药与养阴药同用治阴阳俱不足，脉结代用炙甘草汤；上述处方中常用的温药，大致有附子、干姜、生姜、半夏、桂枝、人参，寒药大致有黄芩、黄连、大黄、栀子、猪胆汁等。刘友梁氏根据本书寒温药并用的范例而发挥于临床，认为石膏＋细辛治风火牙痛，川芎＋知母治热病头痛如破，竹茹、黄连＋生姜、半夏，治胃火呕逆，肉桂＋黄连治久痢，干姜＋黄连治寒热错杂之脘痛呕吐，吴萸＋川楝子治疝等（见 1981 年 2 期《福建中医药》）。

桂枝汤既能发汗，又能治自汗出，这是双向调节作用。刘亚

光氏认为中药的作用与环核苷酸的对多种代谢的双向调节作用和核酸对蛋白合成的开关式控制有本质的联系。环核苷酸可能是中药调和阴阳的物质基础之一。桂枝汤是否通过合成蛋白（包括酶）的质和量，以及对蛋白质（包括酶）的生物活性、包括蛋白质的构型的调节、控制，达到对机体的调整作用。

（二）《伤寒论》方的现代临床应用及其机理

对本书方剂的临床应用，已远远超出本书的范围。从以前几年的大部分公开发表的刊物中，综合了部分作者的看法，加上自己的经验和体会，提出下列意见，以供临床参考。

1. 桂枝汤及其类方

关于本方及加减方在现代临床的应用，王永谦氏综合近30年来国内外学者对桂枝汤及其类方的论述和研究，归纳出该方及其加减方能用于外感病初期如感冒、流感、呼吸道炎症等；用于自汗、虚热和虚劳；治疗消化系统疾病特别对虚寒性胃脘痛如溃疡病、慢性胃炎疗效较显。治疗神经衰弱多用桂枝加龙骨牡蛎汤；用桂枝汤治关节痛；用桂枝白虎汤治热痹；用桂枝汤类方治心血管疾病，如桂枝去芍药汤治脉结代等；用小建中汤治夜尿症、老年人尿频等。五官科病如有太阳病的症候，也能用桂枝汤，如该方加葶苈子、蝉蜕治过敏性鼻炎，用桂枝汤能治多种皮肤病如多型性红斑、湿疹、荨麻疹、皮肤瘙痒症、冬季皮炎、冻疮、蛇皮癣等。其加减变化有如下规律：①因兼证而加减：兼泄太阳经经气治项背强加葛根，兼降气定喘加厚朴杏仁，兼益气养营加人参芍药，兼缓急止痛加重芍药，兼通阳明里积加大黄，兼扶阳治汗漏恶风加附子。②因病机相同而用桂枝汤异病同治，如治营卫不和而见自汗盗汗或发热汗出等。③经加减后与原治法不同，如加桂枝二两则平冲降逆治因寒而引发的奔豚，去芍药加蜀漆龙骨牡蛎则镇心安神，重用芍药、加饴糖则缓中止痛等。其实，桂枝汤功能有四方面，即解肌疏风、调和营卫、温通阳气、

调和阴阳。解肌疏风，除了本书治太阳病中风以外，万友生氏认为桂枝汤适用于表虚寒证，邪多虚少，是汗法中的补法（如邪少虚多则用玉屏风散）。作者强调用本方要抓住体质素虚易感及脉象浮缓虚弱二点，具此者，即使无汗也可用。调和营卫，源出于本书 53、54 条。但也有作者报道以本方及/或加减治疗一些杂病，如更年期营卫失调，外伤术后营卫虚损、营虚肌肉跳动，营卫俱虚之肌肤发痒、营卫失调之痹证，胃肠型感冒和腹泻、痢疾、妊娠期营卫不调、失眠、小儿麻疹初起，水痘初起，以本方加参、芪、归、地、龟、鹿、苁蓉、巴戟等助营卫之品治杂病，也有人介绍用本方治手术后长期发热而属营卫失调者，也有人报道用本方加葶苈子 15 克，蝉蜕 9 克过敏性鼻炎，用桂枝加葛根汤治痉病、颈椎病等。温通阳气调和阴阳，在桂枝汤中主要是桂枝芍药的作用，还有桂枝加附子汤，有作者重用桂枝甘草加附子、丹参、红花等温壮心阳，加芪、归、羌独、桑寄生、鸡血藤等祛风湿。也有用桂枝汤加厚朴干姜陈皮等，治顽固呃逆。也有用本方加当归治冻疮，这也是调和阴阳的作用。

关于桂枝汤的现代药理研究，王永谦氏认为其主要功能在各药相互协同下，可有解热、抑菌、抗病毒、抗炎、改善神经系统功能、增强血循、解痉、镇静、止痛、调整胃肠道功能和抗过敏等作用。这和中医认为本方有解肌发表、调和营卫、和脾胃、温通降逆的作用基本一致。

桂枝汤类方有双向调节作用，除刘亚光氏的看法外，陶御风氏认为桂枝汤对体温的双向调节，体现在能使营卫不和所致的体温升高或偏低的病理状态趋向正常；对于汗液的双向调节，体现在它既能发汗，又能止汗，这也是在营卫不和的前提下；对于心率的双向调节，表现在对心阳虚所致的异常频率的调节，如 22 条的脉促可用本方治，但更可用本方治心阳不足之迟缓而结代的脉；对于血压的双向调节，体现在对心脾阳虚所致血压异常的调

节。临床于风心、久泻等慢性病的后期或产后气血亏虚的情况下常能见到的低血压，及中气不足、阴阳失去维系所致的高血压，常可用之；对于大肠功能的双向调节，体现在对泻痢和便秘的治疗。能治脾虚、运化不利的久利，又能治气郁、结肠痉挛引起的便秘；作者认为双向调节的前提是特定的病机基础，而且与一定的病理状态相联系。如营卫不和引起的发热、汗出，心脾阳虚引起的心率、血压、大肠传导失常等。双向调节的基础是桂枝＋芍药、桂枝＋甘草、芍药＋甘草三对配伍。分别依次调节体温和汗液、心率、大便。双向调节的途径和实质，是通过调营卫、建中气，使体温和血浆渗透压保持恒定，调动机体内因抗病。

本方剂中5味药，都有单味研究。甘草，在本书中的作用及其机理有：补益中气；配桂枝防发散太过；补益心气而复血脉；配芍药能缓急迫，止疼痛；配桔梗或苦寒解毒药能解热毒、疗咽痛；配杏仁能润肺燥，止咳喘；调和诸药，解药毒。

关于桂枝。由于本书主要是阐述伤寒及其所引起的一系列病理变化，又由于外邪不同，正气虚实也不同，所以经适当配伍后，桂枝的适应证很广：(1)配芍药调和营卫，如桂枝汤；(2)配麻黄发汗解表，如麻黄汤；(3)配甘草通补心阳，如桂枝甘草汤；(4)配茯苓泽泻通阳利水，如五苓散；(5)配芍药饴糖温中健胃，如小建中汤；(6)配黄连、干姜调理寒热，如黄连汤；(7)配当归通草细辛温通血脉，如当归四逆汤；(8)配附子逐风寒止痛，如桂枝附子汤；(9)配桃仁、大黄活血通瘀如桃仁承气汤；(10)配半夏散风除痰，如半夏散；(11)配大黄温中下积滞，如桂枝加大黄汤；(12)配芍药及小柴胡汤双解太阳少阳之邪，如柴胡桂枝汤；(13)配茯苓大枣通阳降逆，如苓桂枣甘汤、苓桂术甘汤。另外，同样的温补心阳，由于证候不同，桂枝的剂量也不同，如心阳虚较重，桂枝甘草汤中用四两桂枝；偏气虚，炙甘草汤用桂枝二两；心阳虚较轻的烦燥，桂枝甘草龙骨牡蛎汤用桂枝一两。

关于姜。本书用姜，分生姜、干姜。本书用生姜有四类作用：解表散风寒如桂枝汤；降逆止呕如栀子生姜豉汤；温中散寒如厚朴生姜甘草半夏人参汤；温中制水如真武汤、茯苓甘草汤。用干姜有五类作用：回阳救逆如四逆汤类方；寒热并用如泻心汤类、干姜芩连人参汤；温中祛寒如理中汤；温肺逐饮如小青龙汤；温化水饮如柴胡桂枝干姜汤。

大枣是补药：本书用它有四类作用：培土制水如苓桂甘枣汤；调和药性及保护脾胃如十枣汤；健脾益气如当归四逆汤；和中防苦寒药伤胃如黄芩汤。据报道，大枣有降低 MNNG 诱发胃肠道恶性肿瘤发生率的作用。

姜枣合用，其功能有九类：调和营卫如桂枝汤及其类方；扶正散风寒如桂枝汤、大青龙汤、葛根汤；温补中焦如小建中汤；温胃止呕如吴茱萸汤；健脾抗风湿如桂枝附子汤、白术附子汤；补气益血如炙甘草汤；扶正祛邪、和解少阳如小柴胡汤及其类方；健脾和胃如生姜泻心汤；扶正和血脉如新加汤。

本书用芍药，有 7 方面的应用：疏通营气与桂枝配伍，调和营卫，方如桂枝汤；补肝血，与柴胡枳实配伍通调肝气，方如四逆散；和营与麻仁配伍通便泻下，方如麻子仁丸；敛肺，与细辛麻黄等配伍一散一敛，能通利肺气，方如小青龙汤；酸收，与附子茯苓等配伍使利水而不伤阴，方如真武汤；和血脉通经络，方如当归四逆汤；柔肝缓急与甘草配伍治肠挛急腹痛，方如桂枝加芍药汤、芍药甘草汤。

2. 麻黄汤

麻黄汤之所以能治病，关键在于麻黄的发汗作用，所以用麻黄汤不能畏麻黄之发汗。有报道先用麻黄汤、继用桂枝汤治愈 1 例已 3 年之间歇低热，而辨证为太阳伤寒证者，方中炙甘草用至 18 克。也有作者报道用麻黄汤治愈 1 例伤寒衄血。本例系眼衄，虽用西药止血，但白睛布满赤脉，全身伤寒表证未解，又用麻黄

汤2剂而愈。还有报道用麻黄汤治愈1例急性乳腺炎，因其症如太阳表实证，用原方2剂愈。总之用麻黄汤关键在于辨证。

3．葛根汤

葛根汤的适应证也颇广，凡皮炎、湿疹、化脓症、荨麻疹、感冒、气管炎、麻疹、中耳炎、副鼻窦炎以及产后受风、全身疼痛无汗，颜面神经麻痹等，只要有太阳阳明合病之病机者，均可加减用之。而且方中葛根用量宜大于麻黄、桂枝。葛根汤加秦艽、川芎、当归、羌独活、威灵仙等，治疗风湿疼痛，常可获满意效果。王筠默氏引国外对葛根汤的研究，说明各单味药均无明显的解热作用，而复方即有。

4．葛根黄芩黄连汤

根据各家报道，本方中的葛根煎剂能抑制痢疾杆菌，芩连有比较广的抗菌谱，适用于痢疾、急性胃肠炎等下利而伴发热的疾病，中医辨证为热泻。有作者介绍用葛根黄芩黄连汤与葛根汤合方治痢疾初起有表证者，疗效迅速可靠。

5．大青龙汤

本书38条之“烦躁”，应为里热引起，因而大青龙汤是治疗表寒里热证，可并列于麻黄汤、桂枝汤，为治太阳病的主方。但也有认为“烦躁”是热在阳明，不是大青龙汤必具的症状。虽然本方中有石膏，可减轻麻黄的发汗作用，但必竟麻黄、桂枝同用，而且麻黄用量比麻黄汤还大1倍，所以服大青龙汤后易大汗出，且极易导致亡阳。而素体阴虚者，又更易阴竭，而致阴阳两竭。故服本方除要预备止汗物品外，还要预备补阳或益阴之品以善其后。翟冷仙氏认为乙脑也有属于太阳与少阴并病者，报道用大青龙汤加附子治本病30例，获显效。主证均为壮热无汗、四肢冷，舌润苔白，脉浮或细弱（见1981年4期《江苏中医杂志》）。

6．小青龙汤

小青龙汤的主症是“伤寒表不解，心下有水气”，并且有喘咳、干呕。所以常用本方加减治外感寒邪、内有水饮迫肺之咳喘，疗效颇好。但临床用于外感风寒而咳嗽有痰者亦佳。如果咳嗽时身有汗，甚或额上有微汗，麻桂之用量不宜多，否则易汗出太多。本方治痰饮之咳喘，主药是姜辛味。如心肾阳虚则加真武汤，兼脉结代则加炙甘草汤，如肺脾肾俱虚则加人参、胡桃、附、桂、巴戟、苁蓉、蛤蚧等，痰多可加杏仁、大贝、紫菀等。本方宜加降肺气药。

王华明氏对顽固的支气管哮喘及已用过氨茶碱、肾上腺皮质激素无效的病例，用一般剂量疗效不著，可重用麻黄、细辛、半夏、白芍而获良效。汤方用蜜炙麻黄 15 克、细辛 6～9 克、半夏 30 克、白芍 30 克。周连三氏认为本方靠麻黄、干姜二味药起作用。麻黄可用至 9 克，干姜可用至 15 克。麻黄量大宜先煎，量小则后下，可提高疗效。陈森氏用小青龙汤治疗哮喘性支气管炎、支气管哮喘等寒饮喘咳证时，多重用细辛。认为细辛煎汤服用 12～15 克，甚至长服 1 个月之久亦未见任何流弊。但研末吞服则注意剂量，不可过大。如吞服过量细辛，口腔、胸脘中辛辣发热，极易汗出过多。其实细辛虽有小毒，但辨证明确，亦可大量应用，尤其是久煎后挥发油丧失，毒性减少。治寒湿痹阻之腰腿痛一般可用至 9～12 克，有报道可用 15～20 克，治风寒束肺之咳喘可用 6～9 克，治头痛、齿痛、可用 2～5 克。曲淑岩氏等经动物实验证实细辛油有消炎作用，与醋酸可的松作用相似，与组织胺有拮抗作用，比扑尔敏弱。

日人森岛昭氏用本方治小儿支气管哮喘。据测定，支哮患者血清 IgE 值增高，而肾上腺皮质激素可能使之降低。作者推测用本方治疗本病的机理，是 IgE 产生受抑制，支气管粘膜及平滑肌的非特殊性改变，加上半夏等镇吐、祛痰作用（见 1979 年 1 期《国外医学中医分册》）。栗山一夫等报道用本方治鼻变应症 29

例，均用脱敏疗法久治无效的病例。结果自觉症状改善 21 例，鼻镜检查改善 14 例。血中 IgE 含量、组胺含量明显降低，而 cAMP 明显升高（见 1981 年 3 期《国外医学中医分册》）。

7. 麻杏石甘汤

本方之主证是汗出而喘（与麻黄汤之无汗而喘、葛根黄芩黄连汤之喘而汗出均不同）。其病机是“肺热壅盛”，因此本方也可治邪热壅肺之咳喘，或辨证为风邪或风寒外束、肺有郁热或痰热的咳嗽、顿咳、麻疹、风疹、哮喘等，临床应用可加桑白皮、大贝母、黄芩、大青叶、葶苈子、鱼腥草等，。万桂华氏报道用本方加桑白皮、黄芩、橘络、桔梗、川贝、小儿回春丹等治疗小儿支气管肺炎 120 余例，疗效显著。中医研究院广安门医院曾用本方加薄荷、连翘治风热型急性高热患者，平均退热 36 小时。林一得氏介绍用本方治小儿夏季热 25 例，治愈 80%。患儿在发病前大多有受凉史，且汗闭发热、烦渴引饮。彭宪章氏用麻杏石甘汤治愈遗尿病属于肺热郁结者 5 例，痰热郁肺伤阴者 1 例（肺阴虚加沙参、麦冬，夹痰加桔梗）。作者认为遗尿不仅是由于肾、膀胱、肺、三焦气虚不固或肾阳虚才能引起，肺热郁结及痰热郁肺伤阴也可导致膀胱开合失司而成本病。张一军氏认为皮疹之发，多肺经郁热，用本方加味治荨麻疹，热型重用石膏，寒型重用麻黄，挟湿加苍术、薏苡仁，服药 3～6 剂即获良效。这些临床经验，都是针对麻杏石甘汤的肺热壅盛的病机。

8. 芍药甘草汤

本方能柔肝和血舒筋、缓急止痛，具有解痉、镇痛、镇静、消炎、促进溃疡愈合等作用，适用于消化、内分泌、神经各系统及外科、农药中毒等方面一切因挛急、尤其是肠管平滑肌挛急所致的疼痛如胃肠痉挛疼痛、腓肠肌痉挛、三叉神经痛、风湿性舞蹈病等。国外对本方的研究，认为本方主治腹痛、神经肌肉疼痛，芍药甘草合用，镇痛、消炎作用显著增强。李筠氏报道用芍

药、甘草各 20 克，经 22 天治愈胃扭转 1 例。作者引述《现代汉方医学大观》说：芍药甘草汤对横纹肌、平滑肌的挛急，不管是中枢性的，或末梢性的均有镇静作用。姚庆云氏用本方加威灵仙、厚朴、木香，治疗病程在半月以上的顽固性呃逆 22 例，止呃 18 例，好转 4 例。祝捷氏用本方加葛根、知母、蝉蜕治愈面肌痉挛 11 例。翁充辉氏用本方加减治急性出血性坏死性肠炎、过敏性肠炎、胃脘痛、胆道蛔虫等。认为凡属虚热才可用，剂量宜重用，生白芍 15～30 克，生甘草 9～15 克。谭建湘氏用生白芍 24～45 克、生甘草 12～15 克，治疗燥热、气滞、血虚型习惯性便秘。亦可用于肠癌、乙状结肠狭窄、肺结核等患者之便秘。日人河崎屋三郎观察治疗 10 例输尿管结石，结石越小，疼痛越剧者，药后均能排出结石。但本方尚须与驱结石剂合用。

9. 小建中汤

小建中汤不但适用于虚寒性腹中急痛、心中悸而烦，万桂华等介绍用本方治疗血虚、发热、虚黄等各 1 例获效。也有人介绍用本方治疗虚寒性寒热、虚劳等。

10. 炙甘草汤

本方治疗早搏已有成功经验，也符合本书 182 条“脉结代，心动悸”。本方中用酒，起通经作用，尤能通心经。最近国内外学者研究证实，每日少量喝酒有利于冠状动脉的供血，能预防冠心病。日人山本广史氏作 24 小时连续心电图记录，作炙甘草汤和心得安治疗心动悸的疗效对比观察，本组病例虽仅各一例，但看出炙甘草汤的疗效，比心得安要好。

11. 甘草附子汤

本方不但能治风湿引起的骨节疼痛，孙华周氏报道用本方及其加减方，治疗三例兼见出汗之痹症，止汗效果好。

12. 五苓散

五苓散治太阳病膀胱蓄水证为正治法。膀胱之气化，循足太

阳膀胱经脉运行则为卫气，太阳主表，故其气化如出于腠理则为汗液，如出于溺孔则为小便。故本方之治蓄水证，实含有化气、行水、解表三法，所以本方既有解表作用，又有利小便功效。杨君氏用渐增剂量的方法，以重剂五苓散加大腹皮、车前子、牛膝，治脑积水（相当于解颅）四例，收效良好，无副作用，未出现水电解质紊乱。方中茯苓、大腹皮均用 15 克，其余均 10 克。日人伊藤嘉纪氏从现代医学的观点来解释五苓散证的病理生理。通过实验证明，五苓散证的发生，是血浆渗透压调节点降低，因而即使喝水多，也产生口渴、小便不利。一如夏季人体的血浆渗透压被调节在低水平，因而虽然血中有足够的水分，也发生口渴和小便不利那样。作者遇到的五苓散证患者大多是 5～8 月间气温较高时，多量汗出后发生。作者认为五苓散的主要作用是提高渗透压的调节点，使渗透压定点转为正常水平。药物主要作用于渗透压感受器，作用于神经分泌细胞，口渴中枢神经元。

13. 猪苓汤

由昆氏分析《伤寒论》猪苓汤之条文后认为，本方证系外感病过程中肾阴虚损、三焦气化失司、余热未清的综合表现，所以立方以滋阴、利水、清气热。解放军 159 医院内科曾报道用本方原方治乳糜尿 5 例，4 例效果好。栗田考等介绍用本方治尿路结石，排石率为 75%。对下部尿路结石的排石效果最好。对上部尿路结石，以并用芍药甘草汤，能提高排石效果。本方无副作用，能长期服用。程孝慈氏用猪苓汤治疗流行性出血热休克期 13 例（同时适当伍用晶体液和葡萄糖）、无一例死亡。单用西药治疗 12 例，死亡三例，作者认为在休克期前阶段主要表现为发热、面赤、烦躁、渴饮、少尿等，进入后阶段时表现为心烦不寐、谵语、唇裂齿枯、口干不欲饮、小便短赤不利等，此二期均有低钠综合征和血容量不足，后期更有血管外水肿，根据猪苓汤证 2 条原文，相似于低钠综合征。

五苓散证和猪苓汤证基本相似，但五苓散证属寒，因而阳气不足，有表证，无阴虚证候，是水饮内停蓄水证；猪苓汤证属热，因而阴液不足，无表证，无阳虚证候，是津液不足之水热内结证。

14．桂枝甘草汤

金红卫氏以《伤寒论》的 10 条条文为例，说明仲景在心阳虚损的治疗中，每方必用桂枝甘草汤。从现代药理方面看，该二药能扩张血管，改善循环效能，又能调节交感神经—肾上腺素能及肾素—血管紧张素—醛固酮—抗利尿激素两系统的作用。桂枝甘草汤的温阳通脉是通过上述药理作用，达到改善心肌供血、减轻前后负荷，加强心脏代偿、纠正心功能不全的目的。这比现代医学的扩张血管疗法更有优点。日人大村光明氏认为本方多是作为治疗心跳突然加快的，因此要顿服。

15．苓桂术甘汤

本方适用于脾阳虚、运化失职、水气积在中焦，除桂枝温通以外，重用白术、茯苓健脾利水。因而本方能利尿，能扩张血管，改善血行，如是心因性水饮停蓄、水肿，则能减轻心脏前负荷。本方证继续加重，可变为真武汤证。有人认为本方证与真武汤证相似，是在泵衰的基础上发生的充衰。侯在士氏用本方加半夏、陈皮、川朴治上焦阳虚停饮咳嗽，5 剂全愈。范永生氏统计叶天士医案中用本方共 37 次。治疗中虚腹胀、阳微停饮，胸痹胃痛、浮肿晨泄、督亏头痛等证，认为叶氏既重视利水化湿，又注意补火生土。

16．苓桂枣甘汤

本方证是过汗伤心阳，下焦原有之水饮乘虚上冲，发为奔豚。也有学者认为本方证病机是过汗伤阳，影响肾之温化，因而水气内积于下焦。区别点在于水饮是原发还是继发，是原有的还是派生的。故温通利水之苓桂均用大剂量，也是心阳虚损，所以

也含桂枝甘草汤。金红卫氏认为本方是强剂利尿，能扩张血管，调节体液平衡，减轻心脏前负荷。日本矢数道明氏用本方加半夏、枳实、高良姜治疗慢性胰腺炎，得良效。

17. 茯苓甘草汤

本方证是水饮停聚于中焦胃脘，脾仍健运，仍用桂枝温通助气化，茯苓利水，生姜协助之，且生姜佐桂枝解表邪。金红卫氏认为本汤是轻剂利尿，能扩张血管，解除一过性前负荷加重，发挥心脏的代偿作用。

18. 真武汤

本书真武汤的适应证，有由误汗过多而致肾阳虚，或素体肾阳虚。但因有水邪为患，是这两者的根本。它与阳虚为主而兼寒湿的附子汤证，与水饮停蓄膀胱之五苓散证，与阴邪水饮停胃脘之小青龙汤证，与脾阳虚水停中焦之苓桂术甘汤证，与水饮停中焦之茯苓甘草汤证、与水饮停下焦且心阳虚之苓桂枣甘汤证都有区别。本方除治疗太阳病误汗后阳虚水饮上逆，振振欲擗地及少阴病阴寒内盛以外，还可用以治脾肾阳虚，寒饮内聚的一切病证，如风寒湿痹证、下利或慢性痢疾、咳喘、呕吐、心悸、眩晕、胃溃疡、脉管炎、月经不调、少阴下利舌咽痛等证。必要时生姜可改为干姜；王与贤氏用本方加细辛治愈上午目赤而辨证为阳虚案。陈梅芳氏等用真武汤温肾利水，治疗类脂性肾病及慢性肾炎肾病型水肿，利尿作用优于其他利水法，能明显改善肾血液动力学，降低肾小管回吸收率，增加肾小球滤过率和有效肾血流量。但对蛋白尿的作用不大。如辨证加用益气健脾补肾填督等中药，可减少蛋白的渗出，巩固疗效。由于本方含钾量高，对尿毒症少尿、尿闭及高血钾者忌用。金红卫氏认为真武汤是苓桂术甘汤的继续加重，是充衰基础上发生的泵衰。本方强心利尿，扩张血管，减轻心脏前负荷，打破心衰的恶性循环。侯钧五氏报道用本方加苁蓉、桃仁、红花各 15 克，干姜 10 克，治 60 例肾阳虚

经闭，服25～40剂，治愈54例，有效4例。宋洪严氏治愈1例7年之鼻渊，辨证属阳气虚微，服本方五剂而愈。邓启源氏介绍用本方加参归，服六剂治愈辨证为少阴虚阳上越之巅顶痛，而拟诊为脑炎之患者。姚天源氏用真武汤治疗41例辨证为肾阳虚的内耳眩晕症，治愈35例，好转6例。本方有温肾化气利水功效，可能具有调节肾上腺皮质功能，调整醛固酮的代谢水平，维持内耳内环境的恒定，并调整其功能。

19. 五泻心汤

五泻心汤中除大黄黄连泻心汤外的四个泻心汤（以及黄连汤、黄芩加半夏生姜汤、柴胡桂枝干姜汤、小陷胸汤等）都是苦辛配伍、温清并用的，因为方中有燥湿药，又有清热药，所以对湿邪和热邪的轻重宜辨析，如此则舌诊在该类方的运用中很重要，舌苔偏湿重者宜开泄法即以辛燥药量大，舌苔偏热者宜苦泄法以苦寒药用量多。另外半夏等三泻心汤与旋复代赭汤、桂枝人参汤同样以人参益胃，以助苦辛同用而消痞，故名为泻心，实为泻胃中邪热与虚气相结的痞证，是泻胃。另外，小柴胡汤及其类方柴胡桂枝汤、柴胡桂枝干姜汤等，也以人参扶正，配伍半夏、黄芩同用以消除胸胁苦满（类似痞证），实际也是对胃病而言。所以半夏等三泻心汤适用于胃中虚、客气上逆而引起痞证，相当于现代医学所指的慢性胃肠炎，胃溃疡，胃肠功能紊乱证，过敏性肠炎、结肠肝脾曲综合征等。所以泻心汤等中的辛苦通降法，适应证已大大超出伤寒的范围，更多用于内伤杂病辨证为湿热蕴结中焦而引起的脘腹痞胀、肠鸣和垢腻苔。大黄黄连泻心汤和附子泻心汤中的大黄、芩、连用麻沸汤渍服，目的使苦寒沉降之性变为轻清宣泄，以加强清热除痞之力。实际是古人已认识到此三药不耐久煎，与现代药理认为大黄甙、黄碱素、小蘖碱久煎易被破坏相同。

关于大黄黄连泻心汤，除本书用以治疗实热痞满外，还可用

于泻火清热。临床常用于热邪壅盛于中上焦的口鼻吐衄、湿热黄疸、目赤、舌体肿痛、口唇赤疮，以及实热胃痛、急性溃疡性口腔炎等，只要辨证为心胃湿热、火炎即可。方中生大黄通便泻火是关键，就好象服牛黄解毒片必须剂量达到大便稀为度一样，否则疗效就差。

关于附子泻心汤，袁尊山氏认为其适应证不必拘泥于心下痞证，临床见恶寒，自汗出，舌质淡胖，舌苔黄厚腻且润，脉濡数或洪数而重按无力，皆可用之。作者用之治头痛、痢疾等皆效。

关于半夏泻心汤，主要是泻脾胃之湿热。前已述该方证应将舌苔变化作为重要依据。舌苔白而不燥、或底白罩黄、或淡黄、或黄腻、舌质红，即有湿有热。临床应用，须据舌苔变化，分清湿热偏重而辨证用药。湿重合藿、佩、二陈汤，热重者合黄连温胆汤，胃气不虚则去参草枣，如为虚痞，无胀无闷，不知饥，不欲饮食，可重用参草枣。除本书"心下满而不痛"外，凡呕恶、下利、脘腹胀、痛、呃逆、嗳气、噎膈等，只要见本方证之舌苔指征，及湿热蕴结病机，即可加减应用。本方之中心是苦辛法，故黄连、干姜是要药。因本方是小柴胡汤加减而成，故少阳变证亦可用。陈庆全、叶纪平、陈培健、张传儒、丁文正氏等认为用本方的指征是：胃气不和、上腹部自觉有压迫、胀闷不舒感，或干呕，或呕吐肠鸣，腹泻，舌质淡胖，舌苔微腻，脉弦细。临床可广泛用于慢性肠炎、溃疡病、急性胃炎、急性食道炎、慢性胰腺炎、迁肝、慢肝、胆囊炎、慢性痢疾、口腔粘膜溃疡、急性胃肠炎、肺结核咯血、水气胸、神经性呕吐等。并认为现代药理作用认为本方具有镇静、解热抗菌、抗病毒、健胃强壮、解痉止痛、解毒祛痰等作用。贺真氏认为还能用于胃下垂等属于寒热中阻、湿热留恋、脾胃虚弱、升降失常所致的痞满症。胡不群氏用它治痰饮咳嗽而属于寒热错杂者，效著。证实本方有燥痰、涤痰、清热、扶正、畅气机、调升降等功。俞长荣氏首次报道用本

方治失眠。廖浚泉报道用本方治疗外科、眼科手术后呕吐不止，效佳。并认为本方宜冷服，少量频服。

关于生姜泻心汤，与上方基本相同，对上述疾病而呕吐的疗效更好。

关于甘草泻心汤，适应证与半夏泻心汤也基本相同。但对中气较虚的慢性泄泻更适应。梁惠光氏用于肝郁脾虚、胃火上炎、湿热内渍的寒热错杂证，疗效颇佳，并举胃脘痛、脾寒胃热的滞颐、湿热下注于前阴的包皮水肿三验案。金寿山氏用之治疗口腔溃疡和阴部小疖。余用以治疗阿夫他氏口炎、复发性舌疳、白塞氏病等也获良效，但要较长期用药才能巩固疗效。

20. 栀子干姜汤

本书之栀子干姜汤，原为治伤寒误下后身热未去反增微烦之证，朱步光氏用以治痰郁胃痛甚验。

21. 黄连汤

许锦培氏报道用黄连汤加减治疗幽门梗阻，效验。其症状与本书178条叙症同。

22. 旋覆代赭汤

本方除治疗呕吐、呃逆外，还可治疗胃痛、痞满、噎膈、梅核气、咳嗽、眩晕、不寐等病。金寿山氏认为本方以其补虚、开泄、镇逆等功效而常可与泻心汤合用。认为应结合脉证、四诊、效仲景之法而不泥于仲景之方。关于方中人参甘草大枣等补气扶中药，有二种看法。邢鹂江氏以本方去补虚药，主用旋覆花、代赭石二味，治疗一切气逆证，如眩晕、咯血、郁证、呃逆、咳喘、脘痛等，凡兼见嗳噫、呕吐、痞闷、便秘中之二三症，不论虚实寒热，适当加减皆可获效。陈如泉、陈伯涛氏认为本方针对胃虚痰阻、胃气上逆之证，主药应为3：1。凡遇旋覆代赭汤用本方时，必用人参，藉以扶胃降逆，疗效较好。认为本方所致噫气不除，非指一般呕吐症状而言，乃虚实、寒热挟杂，而有痰饮

内停，且虚多、寒多而饮少。陆拯氏认为用本方药味不能过于改换，否则疗效差或出现副作用。如方中去参、夏、姜则反出现呕吐，或呕吐加重，尤其在再增加旋覆花之用量时，呕吐更甚。牟重临氏用本方，也主要着眼在胃虚、痰结、气逆症状，因而可以治喘咳、咳血、眩晕（包括美尼尔氏病）等。孟广奇、汪济美氏用本方治胃扭转获效。孟氏重用代赭石，汪氏加清润养胃药如芦根、麦冬之类。

23. 十枣汤

虞觐冠氏认为本方适应范围广，能治疗痰浊所致的一系列病证。如治疗系统性红斑狼疮合并尿毒症、肾病综合征、胸膜炎、类风湿性关节炎、精神分裂症等。作者用十枣汤，按《伤寒论》之服法，不作汤剂或煎剂，用量为1.5～5克左右。本方若作汤剂，服后有明显的腹痛、恶心、呕吐等副作用，所以都将散剂作成米粒大小之丸剂。房念东氏用十枣汤治小儿肺炎45例，按本书之服法，不用抗菌素及磺胺药，除1例入院时已垂危死亡外，余均治愈。平均治愈天数5.7～8.7天。药敏显示本方对细菌无抑制作用。治疗最初3天，同时用10%葡萄糖250ml加维生素C1克静滴。江尔逊氏对部分慢性肾炎或肾病综合征患者有正虚现象而浮肿，用各种利尿剂而无效者，可先用健脾补肾法治疗，再服十枣汤或控涎丹，尿量迅速增多，肾功能改善。

24. 桃核承气汤

本书用本方主要治蓄血证，但与蓄血证相同病机的恶露不下，产后胎衣不下、经水不调等也可应用。本方既由调胃承气汤加桂枝、桃仁，故为荡热逐瘀之缓下剂，所以本方不但能驱除少腹的蓄血，还适用于邪热与瘀血互结之各症，如身热夜晚较著，少腹胀满且痛、烦躁，狂妄，或齿龈肿痛，或呕吐黑血等。张年顺认为本方也治膀胱蓄水。近年来的利水方药中加活血药，即是明证。日人樋口和子等介绍用本方治疗以左下腹压痛或该部有索

状柔软抵抗物为主证的腰痛、颈肩症候群、颈腰椎异常、甲状腺手术后出现习惯性便秘，膝关节炎、产后腰腹痛各1例，均明显好转。

25. 抵当汤

本方在本书中治狂证、喜忘、少腹硬满、黄疸、以及瘀血而引起的脉沉、微、沉结。唐祖宣氏在本方中水蛭常用10～30克，虻虫15克，均无不良反应（孕妇禁用）。吴光华氏认为慢性前列腺炎是本虚标实，肾虚而膀胱有热，腺体内有瘀血，因而治用抵当汤为主。膀胱积热者加清利宣通之品，如知母、黄柏、瞿麦、六一散等，肾虚者加萸肉、山药、生熟地等。后用大黄、桃仁、赤芍、丹参、黄芪，水煎保留灌肠，并服肾气丸或知柏地黄丸。

26. 大、小陷胸汤

大、小陷胸汤不但治大、小结胸证，陈梅芳氏对晚期尿毒症少尿或尿闭患者，认为可短期用大陷胸汤去芒硝加利水药、二陈汤、槟榔等，均能达到排出体内过多的水分及尿素物质。沈敏南氏将小陷胸汤用于胸痞、心下痛、脘胀、呕吐、大便秘等症。认为本证如病久失治，形成本虚标实，本方可制小其剂，或配伍固本药。

（以上由李相利、张培永编写）

27. 三物白散

本方可用于按中医辨证属寒性的肺痈。梁信氏用本散治疗肺痈溃脓期1例，服1剂即咳黄脓痰，3天后改服桔梗、金银花、蒲公英、败酱草、鱼腥草各25克，冬瓜子30克，治达1月而愈。

28. 瓜蒂散

本方是催吐剂，适用于膈上有实邪痰饮。但从临床看，只要膈上有痰饮或痰迷心窍的，无论对卒中、痰迷、癫狂、失语，还

是风眩头痛、火气上冲等，本方皆可用。其辨证要点为胸满烦躁、欲吐不能、饥不能食，气上冲咽喉不得息，舌苔白腻多津、脉滑数等。

29. 小柴胡汤

日人石川氏、藤田氏认为大、小柴胡汤的共同组成部分有柴胡汤（柴胡 + 黄芩），和小半夏汤（半夏 + 生姜）。柴胡汤能清泻几乎所有体型的少阳病的实热脏腑，小半夏汤温补几乎所有体型的少阴病的虚寒的脏腑。因此，综合这二者的治法的小柴胡汤，有可能适用于少阳病期的几乎所有体型（并认为这就是本书少阳病期只记载小柴胡汤一个方剂的原因）。本方的作用有三：和解退热、调整胃肠功能、疏利肝胆。党参的扶正作用是和解的关键。若党参之剂量大于或等同柴胡，则偏于扶正祛邪。柴胡剂量如大，则较能发挥退热的作用；柴胡、半夏、党参、黄芩用中等剂量则能疏肝和肠胃。所以可用本方治疗肝胆系统疾患、支气管肺炎、肺结核、胸膜炎、肠系膜淋巴结结核、急性胃肠炎、美尼尔氏症、湿温病、肠胃功能失调、外感、肾病、疟疾、咽痛、耳痛，妇人热入血室、产后发热等。因而适应证范围可扩大为包括：口苦口腻口酸，咽干不欲饮，眩晕伴旋转感，不一定见往来寒热，也可用于低热、无热或潮热，胸胁苦满包括叹息、喜欢作深呼吸，心下支结胀闷，胃脘、胁痛，寐卧不安，食而无味等。李克绍氏认为用本方治少阳病，柴胡一般剂量即可，如治柴胡证，要加大柴胡之用量。并认为本方的作用是枢转，而不是和解。

本方治发热症临床常用。孙明异氏认为凡病毒细菌、霉菌感染引起之发热，临床单见往来寒热或发热而伴口苦、咽干、脉弦者，不论其他兼证之多少，均可用。一般于用药 6 小时后热势渐下降，无副作用，可较长时间服用。但要随证加减。如表邪未尽，可加荆防 10～30 克，热入阳明加生石膏 200～500 克，知母

100克，党参改太子参100～200克，生地50～100克，麦冬50克。作者用小柴胡汤各药的剂量如下：柴胡20～70克，黄芩15～40克、半夏15克，生草10～20克，大枣5～12枚，生姜三片（见1978年《连铁医刊》第3页）。房定亚氏将小柴胡汤用于西医诊断明确或不明确的热性病，长期发热或反复发热者，取效显著。本方还可治风湿热。周氏等报道用本方治愈14例小儿风湿热，其中关节型7例，心脏炎型6例，混合型1例。

本方治疗各种肝炎，临床也常用。日人雨谷荣等经动物实验发现，本方能相当有效地抑制四氯化碳所致的肝损害。日人有地滋等从临床发现以柴胡为主药的柴胡剂（包括大小柴胡汤、柴胡桂枝汤、柴胡桂枝干姜汤）合用抵当丸，对肝炎、特别是慢性肝炎，疗效更好。

本方还能治疗产后热入血室。傅昌格氏报道用本方治愈产前一天至产后小便不通，及太阳伤寒已传少阳伴小便不通各1例。林光智氏用本方治主证为耳前后肿痛，耳内阻塞感、耳内疼痛，耳鸣、听力下降及耳部湿烂，耳部流脓、鼓膜充血、鼓室积液积脓等。病如急性外耳道炎、大泡性鼓膜炎、急性非化脓性及化脓性中耳炎等，但患者全身症状多有少阳病之五大证。作者认为手足少阳经皆绕耳循行。故本方经适当加减后，就能治耳病实热证。张福荣氏用本方加桑叶、菊花、钩藤、僵蚕、川芎治疗前庭神经元炎（又名流行性眩晕）23例，经1周全部治愈。全部病例均有眩晕，伴呕恶，无耳鸣。辨证之重点在于目眩及喜呕。王伯章氏用本方加玄明粉、川朴、枳壳、牛膝、治肾绞痛2例，经2～3天止痛。沈自尹氏访日归来谈日本用小柴胡汤等含柴胡的方剂，治疗小儿初感结核、胃溃疡、癫痫、精神分裂症、肝硬化、夜尿、蛋白尿、高血压、秃发、中心性视网膜炎等。日本相见氏认为小柴胡汤对体内防御机构赋与活力，也就是促使正气旺盛，可以说弥补了现代医学的空白点。日本伊藤清夫等介绍日本

常用本方改善体质，尤其小儿体质虚弱时常用。胜田正太介绍日本对急性热病用小柴胡汤，以往来寒热为指征，对慢性病以胸胁苦满为指征。

日本古林祥正等介绍，经动物实验发现小柴胡汤能减轻丝裂霉素C的副作用，能抑制肝癌细胞的生长和分裂。其作用优于人参汤。

日本阿部博子等介绍，经动物实验发现，使肾上腺肥大、胸腺萎缩明显的是口服大柴胡汤；服小柴胡汤则肾上腺略增大，胸腺不变；柴胡桂枝汤均无变化。随着肾上腺增大，动物血中甾体类化合物增加。这种作用可能是柴胡皂甙所致，尤其是柴胡皂甙D作用最大。

30. 大柴胡汤

本方治小柴胡汤证而有大便秘结者，为临床常用，诸如寒热往来、胸胁苦满、呕吐、口苦、舌苔白燥或黄、大便秘或痢、脉稍实者，均用本方，具体治疗发热、间歇发作头痛、急慢性肝炎、胆囊炎、胆道结石、胆道蛔虫、疟疾、癫痫狂等。张俊杰氏用本方治两例长期高热，均辨证为少阳阳明同病，1例诊为病毒感染，1例颈淋巴结肿用抗痨治疗无效，均服2剂而愈。日本鲇川濯三氏介绍1例肝、肾囊肿患者，合并高血压，用本方加薏苡仁治疗，5天后血压及症状均显著改善。日人绪方玄芳等报道有用本方去大黄、加生地治糖尿病，服药1年，一切正常，韩志忠氏报道用本方加减治疗毛细胆管型肝炎20例，13例阳黄，7例阴黄，均治愈。

陈伯涛氏用大柴胡汤去大枣，加甘草、郁金、金钱草、参三七、茯苓，治疗胆石症。认为本方有疏导胆汁郁滞、消除胆道感染、软坚磨化胆石的作用，适于较小的结石，无严重梗阻、感染和并发症者。余宗岱氏用小柴胡汤加承气汤治胆囊炎胆结石16例，有10例排石，而西药组18例，无1例排石。日本斋藤隆氏

注意到胆固醇结石患者多有大柴胡汤证，因此将本方喂具有胆固醇结石的动物模型，发现本方能明显地降低胆石形成率，并有效地降低血清中性脂肪。

裴德恺氏介绍复方大柴胡汤对狗胆胰功能的影响，实验结果是胆汁流量增加显著，胆道括约肌张力下降显著。在各药中，大黄及白芍利胆作用较强。

31．柴胡桂枝汤

本方原为治太少阳合病。但对肝胆疾患，更年期综合征，感冒缠绵不愈等均有良效，或因外感而使原有的小儿扁桃体炎、老年慢支、关节痛、溃疡病等疾病加重时，也可应用。只要辨证符合太少阳合病的病机。李文中氏综述日本用本方加芍药治癫痫，因患者有胸胁满与腹直肌挛缩的占83%，而且发作是休作有时的，故是柴胡桂枝汤的适应证。用本方治433例，发作消失115例，明显减轻79例，重用白芍是止挛缩的。陈抗生氏综述对本方的研究，用本方药2%的溶液，能使蜗牛神经细胞自发放电消失，抑制戊四氮引起的去极化改变。柴胡、桂枝的2%溶液，麻醉效果为0.5%奴夫卡因的1.7倍，说明有较强的麻醉作用。给电击致痉挛的温血动物口服本药，有抗痉挛作用。本方治癫痫等及其兼有胸胁苦满或上腹部腹征者，一般能在数日至数年间控制发作，其中许多病人得到治愈。据统计123例中，有46%临床发作和脑电图癫痫波均消失。但本方对脑的病理解剖学改变的患者无效。

日本相见三郎氏认为本方是治疗植物神经失调症的有效方剂。临床用于心脏神经症、舞蹈病、哮喘、溃疡性大肠炎、偏头痛、帕金生氏病、风湿病、经闭、月经困难症、腰痛带下、神经官能症，神经痛，癫痫等24种病。

32．柴胡桂枝干姜汤

本方是散寒清热、温清兼施，还是和解之剂。但本方证虚象

比小柴胡汤证为重，适用于往来寒热或微有寒热，口苦口干、心烦、小便不利、胸胁满胀微结或胸腹动悸等表里寒热虚实错杂之证。

33．柴胡加龙骨牡蛎汤

李文浦氏综述用本方治痰火壅盛型癫痫，获良效，治高血压及高血压引起的耳鸣，合用八味丸对动脉硬化、夜间多尿有效；合用他巴唑对甲亢有良效，治美尼尔氏征及肝阳上亢之眩晕、脑震荡后遗症之眩晕等都有效，对园型脱发、不寐症属肝胆郁热者均有良效。如将本方中铅丹改为朱砂，能治胃炎、神经性呕吐、心悸、气短、胸锁乳突肌痉挛，舞蹈病、心动过速、肝豆状核变性等症，均有良好的疗效。衣正安氏用本方加减治3例骨繇（骨节弛缓无力，肢体阵发性摇摆，步态不稳），3～6剂治愈。

34．白虎汤、白虎加人参汤

白虎汤为阳明经证主方，可常用以治胃火炽盛、温病、暑病等高烧患者。徐厚宜氏介绍用本方加味治疗夏季皮炎全部有效。王与贤氏用本方合羚羊钩藤汤治愈上午热重而辨证为肝胃阳盛热极之患者。王筠默氏综述白虎加人参汤中，石膏、粳米、甘草无降血糖作用，但能增强知母、人参之降糖作用。金寿山老师认为白虎汤以知母为君，理由是《伤寒论》用知母者实只一方，而用石膏者有七方，且从太阳病到差后都用。由此可知石膏是一般解热药，而知母则是清阳明大热之药。王爱芳氏等经动物实验证实，知母配石膏退热效果比单用知母为好，但各单药中，退热作用以知母为佳，所以本方应以知母为君。知母除有显著持久的退热作用以外，还有抑制某些细菌、降低神经系统的兴奋性起镇静作用。石膏的用量宜大，其退热作用与硫酸钙无关。本书用石膏组方的规律有：与寒凉药配伍能增强清热、养阴的作用，如知母、竹叶、麦冬等（例如竹叶石膏汤、白虎汤）；与温热药配伍能制约温燥、起桔抗作用，如麻黄、桂枝等（例大青龙汤、桂枝

二越婢一汤)；与补气药配伍能扶正祛邪、固护卫气，如人参、甘草、粳米等（例白虎加人参汤)。因此，适用于表寒里热、余热迫肺、阳明经热、热伤气阴等证。石膏用量以 18～60 克为宜，余用以治疗乙脑高热时，曾用至 180～240 克。

35. 竹叶石膏汤

常用本方治热病后余热未清有良效。对病后虚热及热伤气阴、具有解热、消炎等功效。王树山氏报道用本方治疗 15 例出疹后期之麻疹肺炎，全愈。作者引用现代医学研究资料说明：本方有解热、抗菌、消除临床症状的作用。

36. 三承气汤

以大承气汤为代表的三承气汤，主要用于阳明实证。临床常用以治急性肠梗阻（相似于中医的关格、肠结)，急性阑尾炎、急性胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎、脑血管意外、急性五官疾病等。据现代药理研究，本方有改善胃肠道血循、防止微循环衰竭，降低毛细血管通透性、减少内毒素进入血循，加速胃肠道蠕动，排出其中之有害物质，促进胆囊收缩、增加胆汁分泌，增强肝脏的解毒能力等。关于大承气汤适应之主证，前人虽有痞满燥实坚俱全之说法，但《伤寒论》并未提出将痞、满、燥、实、坚俱全作为本方主证。而从临床看，痞、满、燥、实、坚俱全之病人往往是胃肠、胆系坏死穿孔并出现弥漫性腹膜炎、中毒情况严重时，才较多地出现。但此时从现代医学观点看，却是大承气汤的禁忌症。

目前多用承气汤类治疗急腹症。如朱菲青氏报道用大承气汤治疗肠腔闭塞所致的肠梗阻 11 例，服 2～4 剂即愈。莫月吉氏等用本方加木香、番泻叶、莱菔子、桃仁、赤芍治 200 例急性单纯性肠梗阻，每日 1～2 剂，疗程 1～3 天，治愈 167 例。并认为如果服中药后出现肠型和震水音，即转手术治疗。韦永兴氏报道用乌梅承气汤治蛔虫性肠梗阻 31 例，平均服药 4 剂，均排出 50 条

以上蛔虫而愈。还有如北京市六院外科、天津市、河北新医大二院外科、河南省人民医院、焦东海等均有报道用大承气汤或以硝黄为主内服治急腹症。在裴德恺氏 1977 年的综述报道中就列举了 30 个单位用类似方治本病取得满意效果的。还有报道用硝黄泡服治急性胆囊炎胆石症 116 例，全部临床治愈。

除急腹症外，本方还能治其他疾病。如贾福林氏等报道用大承气汤加减治疗柿石症 10 例全愈。用通下法治热病，也是近年来常见的内容之一。王少华氏介绍治湿温证时，用通下法（大承气汤）清阳明湿热，荡涤积滞、急下存阴。北京友谊医院小儿科介绍用调胃承气汤或加养阴药，或加清热化浊药，治疗小儿流感 132 例，2 日内退烧 81.8%。许杼氏介绍他本人及天津中心医院在治乙脑、重症肺炎、中毒性菌痢、感染性休克等出现热结阳明症时，均用承气汤或重用大黄，使高热退，全身症状好转，提高了治愈率。范继宝氏在治疗小儿外感高热时，常在解表剂中加大黄，收事半功倍的效果。

也有作者报道用大承气汤治愈辨证为热结阳明、热极生风的破伤风患儿。还有报道用大承气汤治辨证为胃家实之失眠、哮喘大发作、剧烈头痛、持续呃逆，均十余日未大便，用药 1 剂而平。还有对无形实热，也可借通下之机会泻其郁热。如薛芳氏以大承气汤加生首乌、龙胆草、黄精，服 80～240 剂，治七例皮质醇增多症。症状体征、化验均恢复至正常 6 例，1 例有进步。1 年后随访五例，其中 1 例复发。徐德光氏用调胃承气汤合犀角地黄汤、清瘟败毒饮加减，治疗流行性出血热，中西药合治组死亡率为 1.97%，而单纯西药组之病死率为 4.11%。作者认为除休克外，各期均适用导泻，而且导泻要早，药量要大，邪尽为止。一般服药后 3～5 小时发生作用，排出大便，同时排出尿液。如口服困难，可行保留灌肠。这种综合导泻，实际包括通利二便，凉血化瘀、清热解毒三法。从根本上解决了重症出血热的核心问

题“腹腔综合征——休克腹”。作者的临床经验是低血压、消化道出血，是中药综合导泻的适应症。多年来从未出现因导泻而引起的低血压、休克及大出血者。中枢神经系统疾病的脑溢血，属阴虚风动而卒中，同时有大便秘结，舌红苔黄者，张国庆氏以调胃承气汤合羚羊钩藤饮治愈；病毒性脑炎属外感湿热化火、里结阳明者，以小承气汤出入治愈。

利用承气汤的泻下作用，可以做一些其他用处。如王文辉氏报道服小承气汤后 12 小时排便，便后即摄腹片，观察 100 例，肠道清洁效果优于灌肠。黄贤权氏以口服胃肠促排药灭吐灵、不用促排药及口服大承气汤各 20 例作比较，观察 X 线快速肠道造影之效果。结果大承气汤组 75%病例在 30 分钟时钡剂已到盲、升结肠，绝大部分病例在 120 分钟时能充盈全部结肠，效果优于灭吐灵。因其不影响胃的排空，故可在短时间内同时观察胃、小肠、结肠。黄玉林氏用硫酸钡加硝黄散调成糊状，对照观察 100 例，结果硝黄钡剂组小肠蠕动增强，排空加快，钡剂在短时内达到回盲部。

本书用大黄能祛瘀行气，下肠胃宿食，利肝胆湿热，消无形之痞满，上可止呕，下可止利。具体应用有：攻下热结，常配硝黄，如承气汤；活血祛瘀，常配桃仁、虻虫、如抵当汤；逐水消痰，常配甘遂、葶苈子，如大陷胸汤丸；清热退黄，常配茵陈、栀子，如茵陈蒿汤；清热泄痞，常配黄芩、黄连，如大黄黄连泻心汤；缓下常配麻仁等，如麻子仁丸。而胃中虚冷、血虚肠燥便秘、邪在膈上或在经、阴阳二亡、四肢厥逆等均禁忌用大黄。认为在需峻下时则后入，正虚而需下时则与它药同煎，活血时用酒制。但在三承气汤中用酒洗大黄，是为了避免药性的偏激。过饮寒凉，脾阳受伤。胡隐恒氏等经实验证实，大黄、大黄加芒硝，能使动物出现一系列脾虚症状，如便溏、脱肛、怕冷、无力、形体消瘦等。这些动物的免疫功能及耐寒能力均下降、体力减弱。

调胃承气汤之甘草，能调和诸药、缓和腹痛、解病人体内的毒素、增强大黄清热解毒的功效。而不是缓和硝黄之攻下。其“调胃”乃指调和胃气、泻下之意，非“缓下”，所以调胃承气汤攻下之力大于小承气汤。

37. 茵陈蒿汤

茵陈蒿汤除用治疗急性黄疸型肝炎外，有报道用本方去栀子加黄芩甘草治新生儿溶血病二例，均全愈；在妊娠期服该方预防16例（其中12例是ABO溶血症）新生儿溶血症，婴儿全部存活。用该药预防新生儿高胆红素血症7例，9个新生儿中4例未出现黄疸，5例出现轻度黄疸，又经治疗而愈。作者发现加大制大黄的用量，出现明显的泻下作用，但血红素也随之下降。虞佩兰氏等用口服茵陈蒿汤或静滴茵栀黄注射液（并用抗菌素及对症治疗）治疗37例新生儿溶血症及新生儿败血症，治愈26例，接近治愈2例，有效率89.2%。

洪达生氏等报道用本方加四逆散，并用抗感染、输液、抗休克等，治疗15例急性梗阻性化脓性胆管炎，14例非手术治愈，其中9例排石，1例排蛔。

国内外学者对茵陈蒿汤的药理研究，认为起利胆作用的主要是茵陈，但大黄有催化作用。研究茵陈蒿汤的利胆效应后，认为本方具有促进狗胆汁的流量、降低奥迪氏括约肌张力，大黄具有最强的利胆作用而且生大黄的利胆作用较熟大黄稍强，出现的时间也较早，煎煮时，后下比久煎者的利胆作用强，剂量大比剂量小要强。而栀子降低奥迪氏括约肌张力最佳。

38. 麻黄连翘赤小豆汤

本方原为宣肺利水治黄疸，用它治急性肾炎的疗效也很好。如陈梅芳氏在肾性少尿时，部分病例用温肾利水疗效差，辨证加麻黄连翘赤小豆汤及活血化瘀之品而收到满意疗效。劳建和氏报道用原方治急性肾炎12例，平均服药41剂，11例愈，1例好

转。余在1978年以前曾用本方加减在门诊和病房治疗急性肾炎百余例，疗效颇佳，见“临床经验”章。也有用本方治其他病症，如龚子夫氏介绍用本方治疗玫瑰糠疹16例，愈14例，好转2例。

39. 四逆汤类方

四逆汤诸方，包括四逆汤、四逆加人参汤、白通汤、通脉四逆汤、通脉四逆加猪胆汁汤，白通加猪胆汁汤及干姜附子汤、茯苓四逆汤，主要药物是附子、干姜。主要病机是阳虚阴盛。主要脉证是恶寒、四肢厥冷、下利清谷、脉沉微细等。兼有血虚阴虚，可加人参茯苓，成四逆加人参汤和茯苓四逆汤。阴盛格阳加葱白，成白通汤。寒病格热药，药入口呕吐加猪胆汁、人尿，成白通加猪胆汁汤或通脉四逆加猪胆汁汤。只要辨证为阳亡阴竭之证，都可用四逆加人参汤。虽然本方能升压复脉，但在抢救高血压休克时，患者之高血压能降至正常，因此本方不但能回阳救逆，从另一角度讲，还能调和阴阳。从临床看四逆汤的适应证及其加减法，可分为：脾肾阳虚加六君子汤；肾精不足可加左归丸；肾虚精关不固加金锁固精丸，阳虚水饮射肺，加小青龙汤；脾肾阳虚之久泻合桃花汤、真人养脏汤；脾胃虚寒久痛加良附丸、毕拨、木香、砂仁等；脾肾阳虚气化不利加五苓散、济生肾气丸；肾阳不足之痹证加独活寄生汤；冲任虚寒月经量少合四物汤、菟丝子、阿胶、女贞子等，阳虚欲脱加红参、肉桂；气阴两虚加生脉散等。

谢良礼氏等介绍一些屡治不愈及阳衰阴盛、或有阴盛格阳之重症泄泻，用四逆汤治疗，配合补液，常有好效。范中林老中医用四逆汤治愈已3年之前列腺炎，辨证为少阴阳衰之淋病。有介绍用四逆汤与生脉饮二方交替使用，治疗冠心病、心肌梗塞、心原性休克，对升压、抗休克、改善末梢循环、增强心肌收缩力、心脏排血量，均有一定作用。李松岩氏观察患者咽部微红无肿，

痛不甚，无单双侧乳蛾肿，体温正常，症状有畏寒等，辨证为少阴寒邪遏伏咽喉，用通脉四逆汤加半夏、桔梗、蝉蜕2剂愈。

关于人参四逆汤抗休克的作用，李合意等报道该方对失血性低血量休克大白鼠、对缺氧性休克兔、血管栓塞性休克猫及心源性休克兔能不同程度的延长存活时间。杨福义氏观察人参四逆汤治疗休克及心衰的疗效，该针剂以人参四逆汤去甘草加麦冬，每次2～8ml静注或加入5%～25%葡萄糖液中滴注，治疗各类休克及心衰17例，15例有效。可代升压药、扩心血管药，或辅助强心药，未发现副作用。

魏长春老医师用茯苓四逆汤治风心、心力衰竭（加生脉散），肺心、心力衰竭（加黑锡丹），冠心、心肌梗塞、完全性右束支传导阻滞（加瓜蒌薤白半夏汤），急性胃炎（加甘麦大枣汤），慢性肠炎（加白术、扁豆、苡米），震颤麻痹（加当归、枸杞、白芍等），但上述各病症都辨证为心脾肾阳虚。日本土佐氏报道用茯苓四逆汤治肺源性心脏病急性发作有效。认为本方有利尿作用，适应症为脉微弱、四肢厥逆、口渴、烦躁。土佐氏还报道用通脉四逆汤加猪胆汁汤治胃癌晚期腹膜转移，使神志不清得以好转，其适应症为脉微弱、四肢厥冷、干呕。

关于附子。本书用附子，均有恶风或恶寒的症状，主要用于阳虚或亡阳、寒性痹痛、阳虚水肿等证。配干姜回阳救逆；配生姜温散水气；配桂枝祛风除湿、治经络肌肉痹阻；配白术温补脾阳，胜湿除水；配人参益气回阳；配芍药温经和营，双补阴阳；配麻黄治太少两感，及寒湿痹证；配甘草回阳安中解毒；配大黄芩连温补卫阳而清热除痞。本书一般症用熟附子，重急症用生附子。补中温阳用小剂量，救逆回阳用大剂量，祛瘀除痹用重剂量。

人尿在白通汤中可治少阴下利，人四逆汤可回阳救逆，人尿还有活血祛瘀的作用。小便中含有100多种成份，已提出尿激

酶，治肺栓塞能溶解肺内的血凝块。

40. 麻黄附子细辛、甘草汤

《伤寒论》用本方除治太少两感（也有说是少阴病初起病在表者）外，还可用于阳虚、寒邪外袭所引起的各种病症，如加减后用于治感冒、急慢性支气管炎、支气管哮喘、百日咳、风湿性关节炎等。用本方的指征为：恶寒重、发热轻、但欲寐、无汗、肢冷、舌淡润、脉沉细。现代药理研究认为有消炎、解热、解痉止痛、强心利水等作用。杨炳初氏介绍用麻黄附子细辛甘草汤治五例病态窦房结综合征，均有沉细脉，个别有结代脉。用上方1月，有效四例。冷方南氏介绍用麻黄附子细辛汤治愈2例太阳与少阴同病，证有恶寒重、小腹急痛、阴茎抽痛，病因为房事后受寒。此种病机，实可补本书301条之不足。邓启源氏用本方原方治愈10年无汗症1例，辨证为肾阳虚，无力鼓汗外达。程广里氏认为，心律失常型冠心病，每以虚寒为多，用麻黄附子甘草汤治疗，心动过缓者加参芪，合并低血压加桂枝甘草汤，心律不齐加炙甘草汤。

41. 附子汤

本方除了治本书304、305条所述少阴病阳虚、外寒邪入侵太阳经络以外，还可用本方加减治疗其他病由于阴寒内盛所致背恶寒，以及外周血管病如脉管炎、雷诺氏病等所致的手足寒、脉沉，还可治风湿性和类风湿性关节炎之骨节痛。本方用附子均可大剂量，常用15～30克，重则60克，但须先煎附子2小时以上，再纳诸药同煎。最好由小剂量开始，逐渐加大用量，防止中毒现象。朱广仁氏等综合认为现代常用于治慢性心功能不全，慢性胃炎，慢性肝炎，慢性肠炎，耳源性眩晕，脏器下垂，盆腔炎等。

42. 四逆散

四逆散疏利气机，在本书是治气郁而厥的方剂。外有表邪，

阳气不得透达；肝气郁结，气机不畅，阳气也不得透达；其他脏腑气滞也能引起气机上下不通；血瘀引起气滞，血脉不通而气机堵塞。本方能解表邪、疏肝气、枳实苦泄其内，使气机疏通，芍药敛肝和营、疏能血脉。除气郁而肢厥以外，应用本方还有以下的临床症状：有头晕痛、失眠、胸胁腰痛，手足发冷、心悸、咳嗽、腹中痛、泄利下重、脉弦或弦细沉涩等。本方有解热、镇静、镇痛、抗炎、抗惊厥等作用。多数学者认为本方是由小柴胡汤变化而来。有人认为是小柴胡汤→大柴胡汤→柴胡桂枝汤→四逆散，而四逆散又发展变化为逍遥散，进而演变为柴胡疏肝散。日本松本一男氏认为本方系柴胡桂枝汤的演变方，并介绍日本人和男东郭氏的看法，认为是大柴胡汤的变方。严兆昌氏用本方为主治疗小儿发热肢厥，认为本证系邪陷于里、气机不畅，一般用解表、清理等法常无效，而用本方，只要病机适合即可。蒋立基氏用本方加白头翁、丹参、黄药子等治疗甲亢 20 例，20～30 剂症状基本控制。作者认为本症之根结乃痰、气、瘀互结，郁久化热，耗伤津血。下汲肾水，虚火上炎。李传方氏介绍用四逆散加乌梅、川楝子、郁金、木香等为主治疗胆道蛔虫症 41 例全愈。并用之方法乃针刺、穴注，疼痛全缓解后再加西药驱虫。

43. 理中汤

本方主治脾虚证。但还能治虚寒性吐泻，还能治脾虚呕吐、呃逆反胃、痰饮、多寐、阳虚失血、恶阻等。认为本方的药物对胃肠病、内分泌病、神经肌肉病等的病理，均有改善作用，对造血机能，免疫机制也有促进作用。张凤郊氏用本方合附子粳米汤加扁豆、四神丸等治虚寒性腹泻，加半硫丸治虚寒冷秘。胡隐恒氏等用附子理中汤治疗脾虚泄泻动物模型，使脾虚症状好转，免疫功能显著提高，但止泻作用不够理想。许勉斋氏用附子理中汤加半夏、云苓、当归、桂枝治愈肺结核。王与贤氏用附子理中汤加减治愈上午头痛、胎动不安午后增剧、夜间崩漏而辨证为阳虚

的各 1 例。

44．吴茱萸汤

本方在《伤寒论》中主要用于肝寒犯胃、呕吐涎沫及厥阴头痛，此外，还可治疗眩晕、胃寒呕吐、嘈杂吐酸、妊娠呕吐、寒疝及胃痛、反胃、腹痛、腹泻、虚寒性的神经性头痛等。郭忠印氏认为凡用于止呕，生姜用量为吴茱萸的 1 倍，党参的用量与吴茱萸相等或稍大于之；如用于胃寒吐酸，可加黄连，但用量为吴茱萸的五分之一弱。天津中医院儿科介绍陈芝圃用本方治呕吐的经验，其辨证要点是面色苍白、手足不温、呕吐日久，吐出物清淡少臭或朝食暮吐，舌淡苔白滑，脉沉迟而弱，用药宜生姜倍于吴茱萸。赵文举氏用本方加肉桂、川芎、当归、半夏、藁本或全虫、蜈蚣治厥阴头痛 13 例均治愈。金谷城氏也报道用本方加味治产后厥阴头痛（胆经经气不足引起的偏头痛）。

用本方治其他方面的病证，如钟思潮氏认为青光眼及其他眼科疾病引起的头痛，与足厥阴肝经有密切的关系，是肝虚寒也，所以用能治肝寒上逆之厥阴头痛的吴茱萸汤有效。但不能用于急性青光眼。刘景祺氏报道用本方治疗神经官能症 32 例，治愈 28 例，进步 4 例。他认为本方剂量吴茱萸用 18 克，生姜 18 克，党参 18 克；大枣 6 枚，服后如无不适，重症病者还可加大 1 倍剂量。其中之机理为：肝暖则血行畅、魂藏神安，故可见效。黄振中氏用本方加味治 3 例胆囊炎，收显效，辨证为寒邪干胃，呕吐涎沫。

唐祖宣氏归纳吴茱萸在各证中的用量：头痛，吴萸用至 15～30克；呕吐，可用 4.5～9 克，生姜 15～45 克；下利、烦躁、厥逆可用 15～30 克，生姜改干姜。

45．乌梅丸

乌梅丸是寒热并用方，治蛔厥、久利及寒热错杂症。本方所适应之病机，主要是上热下寒、胃热肠寒。也有学者认为是肝病

传脾、或土虚木贼，表现为肝热脾寒之证。因此只要符合此类病机之疾患，均可用本方。例如肝脾曲综合征、慢性胃炎或萎缩性胃炎、胃及球部溃疡、十二指肠壅积症、痉挛性结肠炎、慢性非特异性溃疡性结肠炎等。薛伯寿氏认为乌梅丸乃厥阴诸病之主方。以其加减，可治：辨证为厥阴头痛的神经性头痛、血管性头痛、辨证为肝脾不调之肠神经官能症；辨证为寒热错杂之痛经、癔病、植物神经功能失调及慢性腹泻诸症，均获效。洪广祥氏认为本方是为里虚而寒热错杂的病证而设，重点是脾胃（大肠），因而本方非杀虫剂。梁琴声氏用本方治愈妊娠发热、乙脑合并心衰、昏迷痉厥、胬肉攀睛4案，均辨证为上热下寒。李振贤氏用本方加槟榔、使君子、苦楝根皮、木香等治疗胆道蛔虫症31例获效。韦永兴氏用乌梅、川椒、川连合大承气汤治蛔虫性肠梗阻31例，均排出50条以上蛔虫而愈。李知白用本方加味治60例急性菌痢，愈53，好转3，无效4例。董廷瑶氏从慢性非特异性结肠炎的发病，大多与情绪有关，其病机为脾肾本寒、阳复太过，形成大肠标热、热伤下焦血分，成寒热错杂、虚实相兼，因而用本方治之，25例中全愈16例，好转7例。袁尊山氏用本方去花椒加全虫、蜈蚣、僵蚕、天麻等（乌梅用15～30克），治疗痉病（诊为破伤风、中毒性脑病后遗症、乙脑后遗症各1例）获效，取意补肝养筋。作者认为适用于痉挛性、强直性病证。

46．当归四逆汤

在《伤寒论》中，本方用于血虚寒厥。其实凡属厥阴受寒，血虚而肝阳不足所致之多种杂病，都可用本方。如虚寒久疟、虚寒身痛、巅顶头痛、虚寒下利、痛经、脉管炎等病，还有头痛、坐骨神经痛、脉管炎、妇产科疾病如痛经、风湿痛如寒痹、冻疮、冠心病心绞痛，因为本方有温经散寒、调和营卫、养血通脉的作用，能镇痛、解痉、扩张血管、强心。杨培君认为本方应用范围主要以“血虚寒凝经脉、气血痹阻”为主。本方之养血和

营、散寒通络、温经止痛作用，可能和当归、桂枝扩张末梢血管增加血液灌注量、改善末梢循环有关；其缓解痉挛作用，可能和芍药、甘草、大枣抑制胃肠道、子宫平滑肌运动有关；其止痛作用，可能与桂枝作用于大脑感觉中枢，提高痛阈，当归挥发油能镇痛，细辛通过局部麻醉具有较强的镇痛作用有关；其调经的功效，则与当归调整子宫功能状态有关。因而作者介绍近代用本方加味治上述各病症及雷诺氏病、慢性荨麻疹、溃疡病、腹股沟疝、精索静脉曲张、痉挛性结肠炎等。

临床用本方治各种病症的报道很多。游国雄氏报道用本方防治偏头痛 52 例，控制 17 例，满意 18 例，有效 9 例，无效 8 例。来春茂氏以本方加减，治高血压、痿证、胬肉攀睛，癥瘕各 1 例。张朗轩氏认为后世也常用本方治内科杂病，作者用以治风湿痛、胃痉挛、痛经。周裕仁氏用本方治愈一例亚急性后索合并变性症，患者下肢厥冷、腓肠肌痉挛压痛，服 50 剂治愈。刘延卿氏用本方加活血、补肾、疏通经脉之品，治血栓闭塞性脉管炎 2 例，疗效满意。李鲤氏介绍用当归四逆加吴萸生姜汤治皮痹、遇寒手足青紫。本方中用酒，有祛风散寒作用。本方如因寒邪深痼，重用细辛。

47．猪肤汤

目前临床上很少用猪肤汤。李鲤氏报道用猪肤汤治肺肾阴虚之失音。代桂满氏介绍用本方加雪梨或麦冬等治喉痹喉喑，获良效，辨证突出咽痛而不红，音哑而不肿。刘诰江则认为本书 310 条猪肤汤证不妥，因下利，本不宜用猪肤。余认为如猪肤带油脂颇多则可引起便稀。单纯猪肤，能疗肾气虚竭，生精液。而且数量 1 斤，折合现在 222 克，分 6 次服，每次 37 克，不致便稀。

48．黄连阿胶汤

本方原治少阴热化，心火上亢、肾阴下虚，心烦失眠症。现在临床上不仅对伤寒、温病后期的阴虚火旺，心烦不得眠有效，

对肝肾阴虚、肝阳上亢、梦遗滑精等的失眠症、顽固失音、神经官能症、支扩咯血症、慢性溃疡性口腔炎、胎漏、早泄阳萎等均可应用。刘渡舟氏用本方治验 1 例腰以下厥冷，但心烦不安、面红声亮、舌红少苔之患者，辨证为心火不济，用本方 9 剂愈。王瑞云氏用本方原方治 3 例眼珠出血症痊愈。《汉方研究》编辑部认为本方适于阴证诸出血，而阳证出血则宜大黄黄连泻心汤。

49. 半夏散

本方的临床应用报道较少。王芳氏报道用本方加桔梗，治 1 例咽痛而喉色暗红、上盖水膜、吞咽困难、痰多胸闷，辨证为寒邪郁闭之患者，2 剂而愈。

（以上由张培永、李相利编写）

五、《伤寒论》对后世的影响

（一）关于《伤寒论》理论、方药适用范围的探讨

本书的理论、方药，当然不但适用于伤寒及其他热病。六经虽然是运用在外感中，但它确实概括出疾病发展过程的一般性质，概括出在这一发展过程的各个阶段上正邪矛盾双方互相斗争的基本趋向。作为中医辨证论治总纲的八纲，即是由六经脱胎而生。《伤寒论》是一部关于外感热病的专著，它不仅能指导外感热病的辨证论治，同样也能指导其他疾病的辨证论治。张志民氏集中了各医刊和名老中医医案 600 个，将伤寒方所治疾病，分为受寒得病；温病如肺炎、伤寒、流脑、乙脑、麻疹、猩红热等；内妇儿科慢性疾病；眼科等四项，纠正了《伤寒论》方只能治伤寒的错误认识。王永谦氏归纳本书常用的 25 个主要方剂治疗 15 种传染病，29 种感染性疾病，41 种内外妇儿杂病、10 种皮肤病、6 种五官科疾病。究其实，《伤寒论》方能否广泛用于多种疾病，关键在于能否掌握病机，不仅是证候是否相同。目前日本

中医界常用的处方中，伤寒方占大多数；市售的中成药中，伤寒方占60%以上。

（二）关于伤寒学派与温病学派关系的探讨

自温病学术兴起后，温病学派与伤寒学派之争论，持续数百年。其争论之焦点有三：范围：广义与狭义；病因：寒与热；处方：经方与时方。《伤寒论》首先提出温病的辨证论治，而温病学派是继承与发展了《伤寒论》辨证论治的原则；《伤寒论》最早把温病成因分为伏气与新感二种，为后世温病的“新感”和“伏气”学说作出了前导；本书第六条首先提出温病的症状，并提出忌用辛温发汗法治疗；《伤寒论》的六经辨证为温病卫气营血辨证和三焦辨证打下基础。俞根初的《通俗伤寒论》竟直接采用六经辨证来统治一切外感热病；本书阳明病的内容，就是后世温病学说的张本。伤寒与温病的理论基础在以下几方面有其一致性：六经辨证与辨卫气营血的临床意义是一致的；少阴病的热化、厥阴病的热深厥深，为温病学说的形成打下良好的基础；伤寒的传变与温病的逆传心包是一致的；伤寒论的养阴法则及方药，为温病的治则奠定了基础。本书中火逆变证，在证候方面反映了温热病的常见症状，在病机方面反映了温热病的基本理论变化，在预后方面反映了温热病的主要特征。温病学虽已形成卫气营血与三焦的辨证体系，但并未完全脱离六经。

关于外邪侵入的途径，古来的医学家都认为伤寒自毛窍而入，温病自口鼻而入。其实，“毛窍”和“口鼻”，实质一样。外邪入“窍”，主要指由“口鼻”而入。又因为伤寒初起有恶寒，反映在皮毛有形态的变化；温病初起有口渴鼻干等口鼻的症状，因此就有“皮毛”和“口鼻”的不同途径。

（三）关于伤寒学说和温病学说统一的探讨

虽然伤寒邪从肌表而入，本寒而标热，所以用辛温发表，顾其阳；温病邪从口鼻而入，本热而标寒，所以用辛凉清解，顾其

阴，这是有区别的。但从剖析麻黄汤认为麻、杏系肺卫药，桂、甘为心营药，麻黄汤是营卫同治的。又剖析麻黄汤与麻杏石甘汤，认为即一味桂枝与石膏之不同，也即温与清的不同也。所以认为六经学说与营卫气血学说是一致的，仅从寒从热不同而已。另外，伤寒与温病，主要是突出了伤阳和伤阴两种不同的趋向。在病初期，伤寒以寒邪伤阳为主，治以辛温解表；温病以温邪伤阴为重，治以辛凉解表。在病中期，但热不寒，二者均为邪热炽盛伤阴，治以辛凉重剂、苦寒直折或寒下。在病末期、正气虚，伤寒仍以伤阳为主，治以回阳为主；温病仍以伤阴为主，治以救阴为主。作者并认为这种差异是机体的敏感性造成的。所以无论六经、营卫气血、三焦，实质上都是“由轻到重”，本质是一致的，因而它们的辨证论治也是一致的，既然六经辨证与卫气营血辨证同属外感热病，在理论内容上也同属阐释外感热病的辨证层次与治疗规律，而且《伤寒论》所阐明的外感热病传变是温病学说的基础。所以说，伤寒与温病的病因、传变、辨证都是一致的，区别在于从阳、从阴、伤阴、伤阳的不同。

既然如此，伤寒与温病的辨证方法是能够统一的。万友生氏认为伤寒与温病的病因，可能统一在六淫的基础上；六经和卫气营血、三焦的实质，可统一在脏腑经络的基础上；二者的辨证纲领可统一在八纲的基础上。具体设想，将外感病分为表证（包括表寒虚、实证，表热虚、实证）、半表半里证（包括少阳伤寒、少阳温病）、里证（包括里热虚、实证，里寒虚、实证，）。董建华氏发表类似设想，具体分证略有不同，表证包括表寒、表热、秋燥、表湿，半表半里证包括偏于表、偏于里、表里同病，而里证则据气、营、血不同辨证。沈凤阁氏认为由于张机、叶桂、吴瑭三者对外感病分析病机的侧重点不同，各自的实践、体会也不同，因而有三种不同的辨证名称。但又都以脏腑功能失常为基本病机变化。所以可统一为脏腑气血辨证，即以脏腑为纲，以气血

为辨，以八纲为用。肖德馨氏从辨证论治体系系统化需要，外感病学说发展的趋势、科学发展的整体化趋势等方面看，六经、卫气营血、三焦辨证，可在六经系统的基础上，各取所长地统一起来。作者之主导思想是以六经系统为纵纲，以辨证论治的程序为横目，证型归属则以六经的内涵为准则。见仁见智，但实质相差不大。

（四）关于《伤寒论》与内伤杂病关系的探讨

历代医家都认为《伤寒论》一书，能指导百病。如陈修园就说“书虽论伤寒，而百病皆在其中”。柯琴也说“原为诸病而设，非专指伤寒一证言”。近年来，不少作者都认为本书不仅论述外感病的辨证论治，而且能指导内伤杂病。疾病的表现尽管极其复杂，但基本都可归纳于六经之中。本书的方剂可广泛用于各种杂病。而且本书对痰、水、血瘀、气滞、宿食、劳倦等常见内科病因都有论及，并阐述了内科杂病的证候类型，为后世内科杂病的辨证论治开创了先例，又创立了许多内科杂病的效方。

汗法是本书较为全面论述的内容之一。但汗法不仅用于外感表证，而且对水肿、疮疡、麻疹初起、呼吸道疾病、风寒湿痹及皮肤病、遗尿证等，都可广泛应用。

（五）关于后世对《伤寒论》理法方药发展的探讨

在理论方面，高和声氏认为吴又可的“邪从口鼻而入”，源自《金匮》之“九窍”受邪。自本书阳明病的经证、腑证，发展为“外淫于经在气分，内侵于腑而在血分”之说。认为吴鞠通的下焦（包括肝肾），相当于伤寒少阴厥阴证。本书第六条讲太阳温病，讲的是邪由卫、气、营、血步步深入的机转，后面的大青龙汤证则是由太阳表卫寒转成卫寒气热证，再进一步就转成气分里热证，即阳明里热白虎汤证，如有燥屎实结则为承气汤证，少阳里热证是邪热留于气分三焦，用黄芩汤治疗。少阴热化证是热伤阴血，黄连阿胶汤证的严重者当用定风珠，少阴三急下证应当

用增液承气法，而厥阴病阳复里热盛则相当于温病热闭心包和热极动风二证。

上述对伤寒学说与温病学说关系的看法，实际上就是前者对后者有重大影响，而后者对前者是发展和提高。当然，卫气营血和三焦辨证，更是补充了本书在温热性外感病辨证论治方面的不足。

在诊断方面，温病学也发展了《伤寒论》。温病学的舌诊也很详尽。温病学的验齿、辨斑疹、辨白痦，都是本书所不及的。

在治法方面，温病学说比本书多出了辛凉透表、芳香开窍、甘寒养阴、甘淡实脾、咸寒滋水等法则。本书的和法，后世扩大为包括寒热并用、补泻合方、表里双解、苦辛合用、上下分消、调和气血、调和肝脾等法则。在温病学中，下法得到了广泛的重视、应用和发展。如吴又可强调急症急攻，以逐邪为第一；王孟英指出温病用下法是移其邪由腑出，正是病之去路；吴鞠通则变单纯通下之承气法为护胃、增液、开窍、泻火、宣肺、化瘀六个承气法则。温病学中清热和补津二方法，是扩展本书的存阴液的法则。在证候方面，本书对热入血室，仅提出服小柴胡汤、桃核承气汤和针刺期门三法。而王孟英提出的热人血室有三证如经水适来，因热邪陷人而搏结不行者宜破其血结；若经水适断而邪人者，宜养营以清热；其邪热传营、逼血妄行致经未当期而致者，宜清热以安营。

关于方剂的发展变化，报道较多。温病学中的方剂，大多在本书方剂基础上化裁而来。孙孝洪氏统计叶案 500 例中的方剂，涉及本书及《金匮》有三分之二。并认为叶氏制方效法仲景，而加减一二味，即完全发改变了原方性质，适于新的病情，并有大胆创新、自成一法者。下举数例以说明之。

桂枝汤：孙孝洪氏举例叶案中将桂枝汤的白芍改为当归、鹿茸，成归茸桂枝汤治阳维寒热；改桂枝为肉桂、改生姜为炮姜，

变走为守，温通下焦营分虚寒，治脐腹痛。朱承汉氏归纳报道桂枝汤可用于妇人初孕、上焦津液失于宣化而口渴不能食；产后气血虚弱，阳维阴维为病；加当归则可治产后体虚腹中刺痛不止。

小柴胡汤及其类方：陈瑞春氏认为吴又可的达原饮、吴鞠通的蒿芩清胆汤均是小柴胡汤的发展，芍药汤是黄芩汤的发展，逍遥散及柴胡疏肝散是四逆散的发展。朱承汉氏介绍小柴胡汤加当归、瓜蒌治产后津虚大便难、引起呕不能食。

承气汤：吴鞠通以承气汤加减变化为增液汤、增液承气汤、护胃承气汤、牛黄承气汤、宣白承气汤、导赤承气汤、桃仁承气汤、新加黄龙汤等八方分别用于攻下兼养津、护胃，开窍、宣肺，泻火、利尿，化瘀，及扶正等。张玉才氏并举实例用新订桃仁承气汤治暴发型痢疾；牛黄承气汤治肝昏迷，神志转清，降低死亡率等。

炙甘草汤：吴鞠通将炙甘草汤发展创制了 6 方：加感复脉汤，一、二、三甲复脉汤，大定风珠，救逆汤；用于温病热入少阴、厥阴及阴虚风动证。

泻心汤：叶天士灵活应用泻心法治湿热，并不限于痞证。如治湿热内结、肝风犯胃呕吐，分别用黄连、半夏、姜汁，及泻心汤加白芍、川楝子、乌梅等。治湿热阻滞反胃用黄连、半夏、姜汁加枳实、竹茹等。

乌梅丸：叶天士案中有以酸苦配合辛甘的方法，仿乌梅丸加减治痞满、呕吐、泄泻、痢疾、胃脘痛、疟疾等。

大陷胸汤：杜雨茂氏综述近代将大陷胸汤去芒硝，加桃仁、赤芍、厚朴、木香名甘遂通结汤，用于肠腔积水较多的重型肠梗阻。

三物白散：杜雨茂氏综述有用巴豆为散（仿三物白散），治肠寒而正盛的肠梗阻。

桃花汤：叶天士医案中以人参白芍取代桃花汤中的干姜，以

陈仓米取代粳米，以诃子取代赤石脂，变桃花汤的甘温涩肠，为酸甘化阴止泻法。

桔梗汤：后人多加味变化，成为治咽喉的基础方剂。如《济生方》以此加桑白皮、贝母等治咽干多咳、肺痈吐脓血；《张氏医通》以此加防风、牛蒡子等治咽喉不利等，现在临床常以本方加味治风热咽痛、风寒咽痛、虚火咽痛、失音等证。

关于本书的剂型，现代中草药的多种剂型，就是从古代包括《伤寒论》和《金匮》的这些剂型基础上改革发展而形成的。

（以上由李翔敏、曲秀霞编写）

第二篇　医门心法

一、风无定体论

常说风为阳邪，易化火，因此风邪中人，病情易化热。此说诚为片面也，须知四时之风，因天时之寒暖而不同。秋冬之风，为寒风，中人易患伤寒；春夏之风为热风，伤人易患中风。再者，由于四时不正之气，虽在秋冬季节，不当暖而暖，则易患风热之疾；虽在春夏季节，不当冷而冷，则易患风寒外感。三者，由于风之所出处不同而性质亦异。《灵枢．九宫八风》篇说："风从所居之乡来为实风，主长养万物。从其冲后来为虚风，伤人者也，主杀主害者。即是说从本方来者为正风，即实风，不伤人。如秋冬之风本为寒（凉）风，从西北方而来，即是从其本方来，在秋冬为正风，不伤人；春夏之风本为热（温）风，从东南方来，即是从其本方来，乃正风，也不伤人。但秋冬刮从东南方而来之热（温）风，即是从其冲后而来者，为虚风贼风，伤人者也；春夏刮从西北方而来之寒凉风，亦是从其冲后来者，亦为虚风贼风，亦伤人也。所以"风为阳邪，易于化火"之说，不能包括一切风，应该说，风无定体，因天时之寒暖而易于寒化或热化。

二、胃家实小议

"胃家实"，源出于《伤寒论》185 条："阳明之为病，胃家实是也。""胃家实"，是"胃家"的"实"。对"胃家实"的看法，必须联系"胃家"和"实"的含义。

"胃家"从形态和生理功能来说，狭义指"胃"；广义指胃、大小肠。《灵枢·本输》篇说"大肠小肠，皆属于胃，是足阳明也。"因为水谷入胃，只是暂时在胃，而胃满则肠虚，肠满则胃虚，水谷入胃后，必然移行于大小肠，所以大小肠也是藏水谷之处。水谷在胃，已经不是水谷原样了，到了大小肠，形态更进一步发生了变化。但其基本，却还是水谷。更广义的，是包括五腑。《难经·三十五难》说"小肠谓赤肠，大肠谓白肠，胆者谓青肠，胃者谓黄肠，膀胱者谓黑肠。"五腑都是肠，胃也是肠，肠与胃是一家。这从五腑的生理功能来说，都是泻而不藏，都是"下焦之所治"，因而也都是相通的。从这五者的病变性质来说，本质上也是相同的。这五者的实热可以互相影响、互为因果。例如小肠的分清别浊失职，那么必然影响大肠的变化传导；胆腑湿热蕴结，发为实热黄疸，二便也会发生变化。至于膀胱与大小肠的关系，胃与大小肠的关系，那就更明显了。兹不赘述。

"实"与虚相对而言。成无己说"邪传入胃，热毒留结，则胃家为实。"这"热毒留结"，包括了无形邪热或/及有形实积。有形实积当然是"实"的，无形邪热也是"实"的，二者之结合，更是"实"的。所以阳明经腑证都有相同的"实"的一面。

从这五腑病变的治疗法则来说，也有相同之处。试看用药：胃与大肠实热，当以大黄等清泻，如承气汤、枳实导滞丸、大黄牡丹皮汤等。属于有形实积者如此，属于无形邪热者，亦可用大黄清泻，大黄也是清泻胃火的。如临床常用的牛黄解毒片，能治胃火口舌生疮，就以大黄为主药。故王维新氏所言（江苏中医杂志(4)：10，1982）诚为所见。胆腑实热，也以大黄清泻，如大柴胡汤、茵陈蒿汤。小肠实热，有金匮泻心汤清心火，方中亦以大黄为首。导赤散清心火、清利小肠，虽方中无大黄，但《医宗金鉴》说得好："若心经实热，须加黄连，甚者更加大黄。"膀胱实热则患淋症，八正散中亦用大黄。可见这五腑的病变"实"也是

相通的。所以，“胃家实”乃指整个消化道的“实”性病变，非但指“胃”而已。而《伤寒论》之阳明篇列入里实黄疸用茵陈蒿汤治疗，显然有此意。

三、清瘟败毒饮与协定处方治疗乙脑

（一）前言

我首次于1965～1966年配合西医治疗乙脑104例，在沂源县首次将乙脑病死率控制在10%以下，中药用的是清瘟败毒饮加减。1970年又参与中西医结合治疗重型乙脑35例，这次用分型协定处方。现将两次治疗情况及体会介绍如下。

（二）治疗情况

1. 清瘟败毒饮加减组：据说1964年以前，病死率在50%左右。根据有关资料，经过认真分析认为，失败的原因在于，一是病重而用药轻，杯水车薪，无济于事；二是三关未能控制。针对过去的情况，确定西药用冬眠疗法，中药用大剂清热解毒药为主，以清瘟败毒饮加减。1965年、1966年二年，中西医结合治疗104例（其中轻型15例，中型25例，重型37例，暴发型24例），死亡10例，病死率9.6%，病死10例中，入院诊断为暴发型者8例，重型者2例。

2. 协定处方组：1970年余又和二名西医组成医疗小组。鉴于以前病人入院到服中药时间太长，不利于及时治疗，故改用协定处方，分型预先煎好，存冰箱备用。有35例中型、重型、暴发型患者用协定处方治疗（另16例轻型未服），死亡3例，死亡率8.6%。

（三）处方及加减

1. 清瘟败毒饮组加减：生石膏180～240克，知母15～24

克，金银花30～60克，连翘30～60克，板蓝根90～120克，生甘草9～15克。加减：湿重舌苔白腻，去知母，加苍术15克；湿热重舌苔黄腻，加黄连10克，黄芩15克，舌质红绛，加赤芍12～24克，生地黄15～30克；抽搐，加全蝎15～30克，蜈蚣5～8条；便秘，加生大黄9～15克（后下），芒硝9～15克。

2. 协定处方组：分4个处方

一号 大青叶60克，金银花30克，板蓝根30克，连翘30克，水煎浓缩成100cc。

这是每个病人都用的基础方，一般6～9岁每日用150cc，成人多用300cc。

二号 生石决明30克（先煎），钩藤15克，全蝎9克，蝉蜕12克，菖蒲12克，水煎浓缩成50cc。

本方主要用于抽搐、痉挛等症，一般6～9岁每日用50cc，成人最多用150cc。

三号 生地30克，麦冬15克，赤芍30克，水煎浓缩成100cc。

本方主要用于伤阴、热入营血或病后余热未清，一般6－9岁每日用50cc，成人多用至150cc。

四号 苍术15克，滑石15克，水煎浓缩成50cc。本方主要用于湿盛、舌苔厚腻者，一般6－9岁每日用25cc，成人多用至50cc。

由于病情需要，可选二、三个处方按剂量混合服。此外，如病情变化可配合药粉冲服，或另煎某些药物与上述药液混合服用，例如需解表者，用羌活、防风等。需泻阳明腑热者用生大黄；需直清心包者用犀角粉、牛黄粉等。

（四）体会

1. 领导重视，组织落实，是救治乙脑的关键之一。

乙脑有它发病的高峰季节，在这之前，应当有所准备。1964

年以前沂源县的病死率相当高，已经引起领导的重视，所以1965年、1966年早就有所准备，中西医医护人员治疗班子已经确立，病人一到，救治工作即开始。这对于治疗的成败，关系相当重大。

2. 病人一到，西药可以迅速的用上，中药呢？起码还要煎一小时，对救治病人不利。为及时给病人服药，如前所述，采用分型协定处方，预先煎好，存冰箱备用，病人一到，也能立即给服中药。1970年采用此法，从表面效果来看，比往年死亡率降低十分之一，这也可能是原因之一（经统计学处理，$X^2=0.0404$，P＞5%，两组治愈率无显著性差异）。

3. 关于输液问题，中西医向有争议，西医主张输液，能用药、维持营养，中医一般不主张输液，因为输液能生湿。余认为如果能通过其他途径给药，又能鼻饲流汁，也可以减少输液。如果病者舌苔白腻厚，明显的内湿盛，也可以更少输或不输；如果病人舌苔不厚腻，舌质又红、干，明显的热盛或伤阴，那就可以适当多输一些。总之，中西医之间要互相商量、配合。

4. 乙脑的三关，发高热是第一关，怎样尽快的退烧，对病人预后关系很大。余治疗这百余例中、重、暴发型乙脑患者，体会到：

(1) 1965年、1966年用清瘟败毒饮治疗乙脑，初起时退烧主要用石膏，最多用至半斤，发现即使对阳明经实热类型患者，效果也并不理想，后来就以重剂清热解毒凉血药配伍生石膏，例如大青叶、板蓝根、金银花、连翘、生地、黄芩等，尤其是大青叶或板蓝根，1970年我最多用至100克，后来发现，这样配伍对阳明经实热型患者退烧较快。

(2) 如果有里热实滞、舌苔老黄厚腻或黄燥、质红，甚则起刺，在上述药物中加入生大黄适量，达到通便泄热的目的。一般用生大黄后，患者排泄黑溏样恶臭粪便，体温很快下降；如果患

者肛口有燥屎干结，使大便不易下，此时用肥皂水灌肠，或肛口塞一块咸菜即可，只要初头硬屎得下，溏薄之粪便自通。

（3）也有发热是由于表邪未解的，那就必须用解表发汗药，才能退烧，用清热解毒药是无效的。有四例高热患者，用清热解毒凉血药，高热不退，因患者已昏睡，再加冬眠镇静，不能说话，不知患者有什么主观感觉，仅在湿冷敷时发现患者恶寒战栗、皮肤起粟，开始时总以为是暑热为主，在清热解毒药中加入薄荷、防风各 15 克，患者汗出而热度渐退，后来考虑恶寒是风寒外束，即外有风寒、里有实热，于是在清热解毒药中加羌活 15～20 克，汗出而热退更快。温病忌辛温忌汗的说法，看来不全是这样。羌活发汗解表，大青银翘清热解毒，二得其便。再说一味羌活虽辛温，而加入大量清热药中，整个方剂并不会显得“温”，与温病的热并不矛盾。况且西医在降温时也常用解热止痛类药物发汗，如 APC、安乃近等，这和辛温的羌活发汗解表相同。

5．抽搐，按西医说，主要是中枢神经部位、尤其是大脑皮层和基底节部位水肿、充血、出血，以及神经细胞变性和坏死所造成．但抽搐本身又能造成脑细胞缺氧，更进一步加重其坏死，因而这是一个恶性循环。按中医说，主要是热盛伤津、水不涵木、木旺动风。如何更快的控制抽搐，对于神经细胞功能的恢复，无疑有很大好处。西医习用冬眠灵、水合氯醛等中枢神经抑制剂；余在大剂清热解毒凉血药基础上加用平肝息风药，如用石决明、钩藤、全蝎、蜈蚣等，效果尚可，但药量要大。尝治 1 例抽搐频繁之病人，用蜈蚣至 14 条，熄风止痉作用才明显。

6．昏迷是三关中最严重的一关，表示病人脑部病变严重，按中医分类有二种，一是高热，热盛营血，热入心包，神明失聪，这是阳盛之证；二是正气虚衰、亡阳之证，四肢厥冷，大汗如冷油，二种之性质截然不同。前者一般用安宫牛黄丸、神犀丹

等，余认为此等药成份复杂而贵，不如用牛黄、冰片、犀角粉掺入少量麝香，研粉混合鼻饲，药专效好。后者直须益气回阳，参附汤加减。余曾遇到数例已形成脑水肿、脑疝之乙脑病儿，体温不高，冷汗如油，面部及目胞浮肿且灰暗色，四肢厥冷，脉微欲绝，呼吸急促、浅表、不规则，按西医说是呼吸循环衰竭，用人参 10 克，附子 10 克，麦冬 6 克，五味子 6 克，水煎服，服后面色略有潮红，四肢转温，汗出减少，呼吸也平稳些。西医假如遇到呼吸衰竭，有报到用大剂量阿托品静注，出现的副作用也有面色潮红、四肢温，用中西药后出现的这二种现象，是否在现代医学生理、病理上有其相同之处、殊途同归？

7. 重型和暴发型患者，常有后遗症，对后遗症的治疗，中药和针灸疗法效果较好。常见的后遗症有二类，一类是痴呆、失明、聋哑、流涎，另一类是肢体或局部的拘急、弛缓或震颤。但不管哪一种症候，都是热盛伤津、津血同源，因而血不充养所引起的功能低下或丧失。中药主要补气血、养阴及/或适当加入熄风、通络、开窍、化湿、活血等药物。余用此法配合针灸共治疗 5 例，有 3 例治满 20 天，1 例右手震颤治愈，1 例流涎显效、1 例四肢拘急进步，另 2 例一为痴呆、一为聋哑，治疗 10 天无效，自动出院。

本文介绍 139 例乙脑治疗情况，着重谈中医治疗的体会。

本病护理方面的措施是：已确诊患者由专人观察，并安置在抢救室，进行特别护理，准备好急救物品及药物，如氧气、吸痰器等。饮食护理方面主要以清淡易消化为主，禁用厚腻之品，不能进食者，适当输液。随时观察大小便情况，大便秘结者，报告医生；加入生大黄及芒硝，以保持大便通畅，有尿潴留者，用手按摩下腹部促使排尿或导尿。密切观察患者精神、意识、呼吸、脉搏、血压及瞳孔变化，昏迷及抽搐者，在上下臼齿间插入裹以纱布的压舌板，以免咬伤口舌。在床边加床档以防坠床。针刺人

中、曲池、内关、大椎、涌泉等穴位，促使苏醒及退热。壮热者可在头部及大血管处置冰袋、温水或30%酒精擦浴等以迅速降温。

四、也谈对厥阴病的看法

对《伤寒论》厥阴病的看法，古今医家争论颇多，为探讨古籍，提出几点看法。

(一) 厥阴病的性质

关于厥阴病的争论，焦点是厥阴病的性质。现在对厥阴病的性质，存在二种不同的看法，一种认为是“阴之尽，藏之极”，“其阴气于三阴中为最少”，“厥阴为三阴之终尽”，“厥阴为六经的最后阶段、正邪相争至最后阶段”，“是伤寒六经传变的最后一经，也是邪正交争的最后阶段”，“厥阴……是阴气发展的最后阶段”；另一种认为是“阴阳错杂、寒热混淆”，“厥阴病属于寒热错杂证”，“厥阴病……是阴阳消长、邪正进退的重要关键”，“厥阴病为阴阳胜复，寒热错杂证”，“否定前人以厥阴症为六经传变终极的见解，而代之以少阴，亦无不可”。从《伤寒论》全书有关条文及临床实践看来，前一种见解值得商榷。笔者曾治3例上腹部发热疼痛、四肢逆冷的病人，第1例发病2年，上腹烧灼感，加重20天，不吐酸水，平时疼痛较轻，一般于饭后一小时左右加重，得饮食后略缓，平时大便稀，1日三、五次，如进稍冷之饮食则加重，粪中杂有白粘液，伴下腹部胀痛、里急后重。素手足常冷，面色略萎黄，舌苔薄黄、舌质平，两手冷，脉沉细，辨证胃热、肠寒、脾虚，病机分析为寒热错杂、上热下寒，中焦气机不畅，阳气被遏不达四肢，发为厥冷。查体无异常发现，钡餐证实为胃下垂。治以干姜黄芩黄连人参汤加味：干姜4

克，黄芩5克，黄连3克，党参15克，半夏6克，炒白术12克，枳壳20克，鸡内金12克，乌贼骨15克，水煎服，4剂。复诊，腹泻已止，胃脘仍有嘈杂，肠鸣，手足冷稍减，舌苔薄白，守方芩连姜夏均制小其剂续服。按《伤寒论》359条出干姜黄芩黄连人参汤，原为治上热下寒相格拒、食入即吐而设，这是厥阴病本证，当然应见四肢厥冷。本例症轻，无格拒、食入即吐，但病之本质上还是上热下寒、寒热错杂，故用之有效。第2例发病2天上腹热痛较剧，呕吐，静而时复发作，两手逆冷，辨证与病机分析均同上，但脾虚不显著，查体马非氏征阳性，诊为胆道蛔虫，用乌梅丸去参归改汤，因缺黄连，又考虑有手足冷，非热厥，故去之，服药后痛即止，但自觉全身发热，胃脘更热，止后服1天后诸症俱去。第3例是于农村巡回医疗时遇诊，病已半月，初起时上腹部痛热，呕吐不能食，甚或吐出蛔虫，静而时复发作，治疗不详。笔者与某外科大夫同诊时，手足已厥冷，时出冷汗，脉沉细如丝，仍有上腹部阵发性疼痛，外科大夫诊为胆道蛔虫感染，急性化脓性胆囊炎穿孔？西药用常规对症治疗，按中医辨证，原是寒热错杂、上热下寒之蛔厥，但拖延日久已转成阳虚寒厥，乌梅丸去归柏连椒桂等试治，并嘱患者家属，如手足厥冷不好转，恐预后不良，次日夜间突然烦燥而死。从第一例可知厥阴病的性质既不纯是寒厥，又不纯是热厥，阴气也不是最少，而是寒热错杂；从第二例可知厥阴病的性质确是寒热错杂的，故治疗时必须寒热药并用，如果认为手足逆冷是寒厥而稍多用温药，就会出现反应；从第三例可知厥阴病是可以阳虚病进为寒厥的，这实质上是少阴寒化证。《素问·厥论篇》论述六经脉之厥状病能说：“巨阳之厥，则肿首头重，足不能行，发为眴眩仆。阳明之厥，则癫疾欲走呼，腹满不得卧，面赤而热，妄见而妄言。少阳之厥，则暴聋颊肿而热，胁痛，胻不可以运。太阴之厥，则腹满䐜胀，后不利，不欲食，食则呕，不得卧。少阴之

厥，则口干溺赤，腹满心痛。厥阴之厥，则少腹肿痛，腹胀泾溲不利，好卧屈膝，阴缩肿，骭内热。”从原文描述症状中看出，太阳、阳明、少阳之厥属热，太阴、少阴之厥属寒，唯厥阴之厥有寒有热。所以说厥阴病确是寒热错杂的病证，是邪正交争的关键阶段，它可以热化为热厥，又可以寒化为寒厥。

（二）厥阴病与少阳病、阳明病、少阴病的关系

厥阴病是不是六经传变的最后阶段、正邪相争至最后阶段？我们先来看看它与六经其他经病的关系如何。

1. 厥阴病与少阳病的关系

无论古今医家，均同意少阳与厥阴为表里关系。《医宗金鉴》卷八说“与少阳为表里者也”。柯韵伯在《伤寒论翼》厥阴病解第六更找出它们之间共同的病因，说：“少阳厥阴，同一相火，相火入于内，是厥阴病，相火出于表，为少阳病。”少阳病处半表半里肓膜之间，正胜邪则热，邪胜正则寒，因此寒热往来，既有寒象、又有热象，故病进则入阳明，病退则转出太阳。与它相表里而又同一病因的厥阴病，同样是既有寒、又有热（由于是阴证，故为寒热错杂，而不是寒热往来），况且厥阴病的特点是厥热胜负，正气来复则热，正气不足则寒，在病变的机理上，也是邪正相争，也有些类似少阳病，其阴邪是严重的，但正气抗邪也是足够的。三阴证和三阳证由于位在表里，因而病证是可以转变的，例如《伤寒论》379 条“呕而发热者，小柴胡汤主之”就是说的厥阴病或者正气恢复、或者经治疗后正胜邪却，病转变成少阳证，改用小柴胡汤治疗。《伤寒论》269 条“伤寒六七日，无大热，其人躁烦者，此为阳去入阴故也，”却说的是少阳证转变成厥阴证。

2. 厥阴病与阳明病的关系

厥阴病阳复太过，里热加重，也可以转变成阳明病，例如《伤寒论》350 条“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”，

374 条“下利谵语者，有燥屎也，宜小承气汤”，以及 371 条、373 条“热利下重”、“欲饮水”“白头翁汤主之”等，由于在厥阴篇提出，都可以理解成这是既有四肢厥逆、又是阳复、热郁于里而形成的阳明肠胃病，这就是说厥阴热化、热厥的病证，是在阳明病的范围。

3. 厥阴病与少阴病的关系

《伤寒论》条文提到阳虚而厥用四逆汤及其类似方剂治疗的有 11 条，少阴篇 4 条，厥阴篇 4 条，太阳篇 1 条，霍乱篇 2 条。分析少阴篇与厥阴篇用四逆汤及其类似方治疗的二组条文可看出，病机都是心肾阳虚引起的四肢厥逆，而叙证、描写病情，却是少阴篇四条比厥阴篇四条要严重得多，所以可以看出，厥阴病的阳虚寒厥，实质上是少阴寒化证。又因为少阴寒化证和厥阴寒厥证在四肢局部的病理变化都是阴阳气不相顺接，故而张仲景就在厥阴篇中留入几条阳虚寒厥的条文，以便后人学习时可对照分析，又能保持厥阴篇四肢厥逆的病因和类型的完整性。由此可以看出，厥阴病既与少阳病同一病因、相似病机，当然是正邪相争并且很有机会向寒热二极发展的，它的热化、热厥的病证是在阳明病范围，它的阳虚寒厥，实质上又是少阴病寒化证，所以说厥阴病就不是正邪相争的最后阶段，也不是六经传变的最后阶段。

（三）厥阴病在六经传变中的位置

《伤寒论》六经病的传变，从表里关系来分，是由表入里的；从寒热关系来分，三阳证是由寒变为热，传变到三阴证时，又由热变为寒；从虚实来分，是由实变虚；从阴阳来分，是由阳变阴，由此则病情步步加重。我们分析厥阴病在《伤寒论》六经传变中所处的位置，就必须结合疾病传变的过程。三阴证中，太阴病阴寒最轻，如果病情加重，病邪由中焦传于下焦，但人体阳气奋而反抗，形成正邪相争，此时既可表现寒象，又可出现热象，这就是厥阴病寒热错杂。如果阳气旺，阴寒衰退，病情出现热

多，反之则寒多，表现在四肢，则是厥冷与热的多少，古人就观察四肢厥冷与热的多少来反应内在阴与阳的多少，并以此作出预后判断。所以厥阴病是那么一个不很稳定的阶段，或则阳胜则成热厥，或则阴盛则成寒厥。这在厥阴篇也是有记述的。

厥阴病当然要有四肢厥逆，但并不是所有四肢厥逆的都属于厥阴病。在厥阴篇中除了厥阴病的寒热错杂及其向寒、热二极发展而形成的寒厥、热厥以外，又记述了血虚厥、水厥、痰厥以及少阴篇中的四逆散证这样既有四肢厥逆，而且发病机理也是阴阳气不相顺接的四类类似于厥阴病的疾病（笔者称谓厥阴类似症），目的是让人作鉴别，例如《伤寒论》338 条就列出了寒厥之重症脏厥与蛔厥的鉴别。蛔厥虽是寒热错杂，又是阴阳气不相顺接，也有四肢厥逆，但是厥阴病中之一种。《伤寒论》厥阴篇为什么未列出主脉主证，而仅以蛔厥的主要症状为其主证？因为蛔厥是常见的厥阴病中之一种，其症状是很典型的厥阴病寒热错杂的表现，因而就以蛔厥的症状作为厥阴病症状的代表。

有人认为“厥阴是六经的最后一经，”似乎病情应该最危重，其实不然。试述理由于后。

1. 按照经络排列的顺序，足厥阴经脉在十二经脉之最后，按六经的排列，厥阴也在最后。但经脉之排列序数，是否表示病情的轻重，这却是不一定的。《素问·热论篇》说：“伤寒一日，巨阳受之”、“二日阳明受之”、“三日少阳受之”、“，四日太阴受之”、“五日少阴受之”、“六日厥阴受之”，又说：“两感于寒者，病一日则巨阳与少阴俱病，……二日则阳明与太阴俱病，……三日则少阳与厥阴俱病”，如果以为排在后面的病情必重，那么少阳病就应当重于阳明病了，太阴病就应当重于少阴病了。所以厥阴虽排在六经的最后，却并不一定表示厥阴病的病情最重。我以为三阳病的传变关系是：太阳病可以传变为少阳病或阳明病，少阳病也可传变为阳明病，三阴病的传变关系是：太阴病可以传变

为厥阴病，也可传变为少阴病，厥阴病也可传变为少阴病。三阳病中以阳明病为最重，少阳病是传变的关键阶段，三阴病中以少阴病为最重，厥阴病是传变的关键阶段。我认为所谓“厥阴是阴尽阳生之藏”，就是说病到了厥阴这个寒热错杂的阶段，只有阴寒消退、阳气复生，才是病退向愈，外在表现，就是厥少热多。当然，所有的阴证，都是阴尽阳生才愈，太阴病中寒消尽、脾阳复生就愈，少阴病阴寒消尽、心肾之阳复生也愈，但是厥阴病是寒热错杂，所以表现得尤为明显罢了。

2.“两阴交尽”是什么意思？由于很多医家均据《素问·至真要大论篇》：“厥阴何也？岐伯曰：两阴交尽也”一句，而认为厥阴为“阴之尽”、“三阴之终尽”、“阴气发展的最后阶段”、“其阴气于三阴中为最少”等等，其实，“两 阴交尽”一句，在《灵枢．阴阳系日月论》中说得最明白：“寅者，正月之生阳也，主左足之少阳；未者六月，主右足之少阳。卯者二月，主左足之太阳；午者五月，主右足之太阳。辰者三月，主左足之阳明；巳者四月，主右足之阳明。此两阳合于前，故曰阳明。申者，七月之生阴也，主右足之少阴；丑者十二月，主左足之少阴。酉者八月，主右足之太阴；子者十一月，主左足之太阴。戌者九月，主右足之厥阴；亥者十月，主左足之厥阴。此两阴交尽，故曰厥阴。”十二地支戌与亥、九月与十月都是连续的，厥阴经又排在六经之最后，一左足、一右足互相配合交接。都是厥阴经，同气相求，互相配合，又连续如循环之无端，因而为“两阴交尽”。可见“两阴交尽”一句的意思，并非是说阴气之终尽，而是说两厥阴经脉之交接端已尽，并不表示厥阴病的性质，“阴”指厥阴经脉，“交”指交接，“尽”指完成、无端，而且与同一段中“此两阳合于前，故曰阳明”一句中之“阳”、“合”、“前”字互相呼应：两阳明经脉在前面已合，两厥阴经脉在后面也已交，此后再没有任何同一经脉相交、相合了。如果将“尽”字作“终尽”

解，那么“前”字将作何解？再说此处讲经脉，和六经的病证还是二回事，六经病证虽以经脉名称为纲，但名同而实异也。

另外，我认为厥阴经脉“两阴交尽”，也不是讲“阴气为最少”、“阴之尽”。阴阳是互相消长、转化的，阴尽则阳生，阳消则阴长，如果认为厥阴是“阴气为最少”、“阴之尽”、岂不是说“阳气为最多”？可是按照《素问·阴阳离合论篇》、《阴阳类论篇》可以理解为太阳是三阳，阳气最多，与上述之推理是否矛盾？

3. 从少阴病证来分析

(1) 从少阴病变的脏腑来看。如前述，少阴病寒化证是以心肾阳虚为主的全身虚寒证。心肾二脏在人身乃是最紧要的二脏（当然不是说其余脏腑不重要），在十二官中有举足轻重的作用。心为君主之官，“生之本，神之变也”、“主不明，则十二官危”；肾为先天之本，“主蛰封藏之本，精之处也，”况且肾之功能与命门不可分，《难经》三十六难说：“命门者，诸神精之所舍，原气之所系也”，八难说：“所谓生气之原者……此五脏六腑之本、十二经脉之根，呼吸之门，三焦之原。”由此可见少阴病是六经病证中最危重的病证。

(2) 从少阴病与厥阴病的治法方药来看。少阴虽有寒化热化之别，但少阴病的性质，总的说来是属于全身性的虚寒证，这是主流。既是阳虚阴盛，其治则就应该是扶阳抑阴。不论是厥冷下利、水寒为患、滑脱下利脓血，都是离不开这一总的治则，尤其是厥冷下利而阴盛格阳者，更是凶险，因而大剂回阳救逆，四逆汤就是少阴病的代表方，附子一枚有时不够，还要选大的，或二枚，干姜加倍，恐不及还要加一两，这就足以说明病情之严重。厥阴病虽也有偏寒偏热之不同，厥少热多或厥热相等，自不必说是阳胜阴、正气恢复，当然病趋愈；厥回后发热不止，虽是病情之发展，然是阳复太过，远非阴寒弥漫之重症可比；即使是厥多热少、阳衰阴胜，导致全身性虚寒，也就是治以大剂回阳救逆，

实质上也就是发展为少阴病罢了。

(3) 从少阴病、厥阴病的预后来看。少厥二阴的预后，从叙述死证、难治的条文来看，内容大同小异，不外乎阳回则生、阳亡则死。少阴死证原是阳亡，而厥阴死证也是阳亡，这就说明厥阴病至危重甚或临终时，也即厥胜热退、阴盛阳衰，发展成了少阴病寒化证。

结语：综上所述，厥阴病只是阴邪盛但正气抗争剧烈的一个关键阶段，是疾病发展中的一个过程，并不表示疾病发展到最后阶段，更不是临终的结局，它可以阳复太过成阳明病，即厥阴热厥证，也可以阳亡病进为厥阴寒厥证。这寒厥证虽然是危重的，但按其性质来说，却已是转变为少阴寒化证的范围了。

（以上由刘向东、张定法编写）

五、中药治疗有机磷农药中毒后遗症 19 例分析

有机磷农药中毒，夏秋季在农村颇为常见。由于医疗条件、经济条件所限，有一部分患者治疗不彻底，而遗留某些症状。余自 1979 年 8～11 月，门诊治疗 22 例，除 1 例病历不完整、2 例有其他疾病如肾炎、单纯性甲状腺肿不能列入统计外，现将 19 例作一疗效分析。

(一) 辨证分型治疗

本组病例依据临床症状，分为 4 型，以藿香、佩兰、陈皮、薏苡仁、菖蒲、白豆蔻、黄芩、薄荷、连翘等芳香化浊、清利湿热为基础方。

湿热偏湿，证见头晕、胸闷、纳呆恶心，或腹泻、疲乏、身体沉重感、舌苔白厚腻者 5 例。治疗是基础方加苍术、半夏、陈

皮、焦三仙。

湿热偏热，证见头痛或头晕、纳呆、口苦、大便或干或滞下不爽，舌苔黄腻，舌质红者2例。治以基础方加黄连、竹叶。

湿热挟风邪者，病程较长，大都在2个月以上。证见头痛头晕，而以头痛为主，或见呕吐恶心纳呆，或见四肢颤抖、筋惕肉瞤，舌苔薄腻。本型9例。治宜基础方加川芎、防风、菊花、葛根、牛膝。

湿热兼脾虚，证见头晕目眩、心慌、或有旋转感、乏力倦怠、纳少、舌稍淡、苔薄白、脉细。治宜基础方加白术、党参、茯苓、泽泻。

加减法：心慌失眠，加琥珀、酸枣仁、远志。胸闷腹胀嗳气，加木香、香附、厚朴花。腹泻稀水，加焦三仙、荷叶、扁豆花。咽部异物感，加半夏、桔梗。四肢麻木、颤抖、筋惕肉，加当归、白芍、何首乌、蜈蚣、钩藤、白僵蚕等。头痛重，重用川芎至30克，加细辛、白芷、藁本、元胡等。

（二）疗效小结

19例中，自中毒缓解后至来诊时，病程最长者4个月，最短者5天。服药最少三剂，最多三十剂。经治疗痊愈者16例，治愈率8（四）4%，3例有效，总有效率100%。1年及2年后各随访11例，其中除1例因服药7剂症状减轻后中断治疗，现遗留头痛、记忆力减退外，其余10例均已痊愈。

19例中，头晕者17例，头痛者11例，呕吐恶心、纳呆各11例，心慌6例，睡眠差5例，腹痛7例，腹泻稀便5例，疲乏、身体酸重感5例，舌苔腻（或黄或白）16例。治疗后其余症状很快减轻，唯头痛头晕好转较慢。

护理方面：对于病情已经减轻者，亦不能放松警惕，防止残留在某一局部的药物继续被吸收，致病情反复，因此对接触性中毒应将衣物脱去，再次彻底洗浴，不能洗浴者再次用温水或肥皂

水擦身、洗头，也可将头发剃去。

部分患者纳呆恶心，因此，饮食以清淡富有营养易消化为主，避免肥甘厚腻碍胃之品，等临床症状消除后再恢复正常饮食。

（三）体会

1. 有机磷农药抑制胆碱酯酶，因此乙酰胆碱蓄积过多，出现中毒症状。临床表现以神经系统症状和消化道症状为主。本组19例中有18例经解磷定、阿托品等治疗好转或临床治愈出院，又经过5天至4个月休息后来诊的，这说明有机磷农药对机体的损害能延续很长时间，并且不因解磷定、阿托品等对毒物的解毒作用而很快消失。

2. 中毒后十日内来诊的5例，其中1例未经解磷定、阿托品等治疗，因此服药时间较长（28剂）；另4例经治愈4天后又出现症状，因此服药时间较少（平均6.5剂），即控制症状；有6例是又出现症状半月后来诊的，平均服药9.8剂症状消失；有8例是出现症状2个月后来诊的，平均服药18.8剂，症状才消失。这说明病程愈长，收效愈慢。

3. 在各种症状中，神经系统出现的症状最普遍，好转也慢，消化道症状好转较快。以头痛头晕为主要症状的第3型，共9例，除1例自中毒后6天内未经任何治疗而来诊的以外，其余8例都是叠经中西药治疗，症状缠绵不愈而来诊的，病程大多在2个月以上。这9例平均服药20.3剂才使症状缓解。有1例原患神经衰弱，好转更慢。

4. 有机磷农药中毒后出现的头痛头晕、乏力、出汗、流涎、食纳减退、恶心呕吐、腹泻、四肢麻木沉重、舌苔厚腻等症状，与湿热蕴结中焦、上蒙清窍后引起的症状大致相同。因此辨证以湿热为主，随证加减治疗。

六、祖国医学对肿瘤的认识及治疗

恶性肿瘤是危害人类身体健康最严重的疾病之一，在我国各省广大的城市和农村都普遍存在，在河南、山东、福建、山西、广西等省发现了一些癌症多发点。而且癌的发病率近年来有所升高，根据手头的资料，日本 1971 年因癌死亡的人数较 10 年前增加了 21%。美国 1969 年癌发病率比 25 年前增加了 1 倍多。我国上海的统计，1971 年比 1963 年增加了 14%，其中肺癌增加 1 倍，肝癌将近 1 倍，胃癌 50%。根据资料，我国每年约有 100 万癌症新病人发生。在山东省，恶性肿瘤引起的死亡占总死因的第 2 位，较大城市如济南，青岛等几乎占第 1 位。肿瘤在各地的分布不同，例如，食道癌在华北几省很常见，沿太行山脉为最多，河南安阳地区的太行山区前几年的平均死亡率为 94.55%，为全国最高。沿海几省多胃癌和宫颈癌，江苏启东和广西扶绥多肝癌，广东中山县多鼻咽癌。因此，如何防治癌和总结广大医药卫生人员及群众的经验，也是医药卫生人员的任务之一。

（一）概述

我国关于肿瘤的记述，在殷墟甲骨文上就有“瘤”字出现。公元前 12 世纪《周礼·天官》就有“疡医下士八人掌管肿疡、溃疡等病。”《五十二病方》记载有“疣”、“瘿”、“马疣”，这是指体表的良性肿瘤、颈瘤、眼部的肿瘤。《灵枢·刺节真邪》篇认为“邪气居其间而不反，发于筋溜。……卫气留之，……津液久留；合而为肠溜，……气归之，津液留之，邪气中之，凝结日以易甚，连以聚居，为昔瘤，以手按之坚。”《灵枢·水胀》篇提到“肠覃”、“石瘕”，提出“肠覃”生长在肠子的外部，病因是肠本身的不通加外来“恶气”，日益长大，可成怀孕之状。宋·陈无择《三因极一病证方论》将瘤分为六种：“骨瘤、脂瘤、肉瘤、脓

瘤、血瘤、气瘤”，“肉瘤尤不可治，治则杀人，唯脂瘤破而去其脂粉，则愈。”肉瘤相当于神经纤维瘤，脂瘤相当于皮脂腺瘤。

宋·东轩居士的《卫济宝书》描述癌：肿块“凹凸不平，边缘不齐，坚硬不移，形如岩石。溃后血水淋漓，臭秽难闻，不易收敛。”《医宗金鉴》描写乳癌为：“乳中结核，起初如枣栗，渐如棋子，无红无热，有时隐痛。……年深日久，始觉大痛，牵引胸腋肿如覆盘，坚硬形如堆栗，高叠如岩，……腐烂深如岩壑，翻花突如泛莲……”这相当于乳腺癌。

中医文献中除“岩”外，其他病名如失荣、石疽、石瘿、舌菌、舌疳、茧唇、积、噎膈、反胃、翻花等，也包含了很多恶性肿瘤病。如《伤科心得集》载有失荣的描写，生于耳前项后；《医宗金鉴》描写上石疽，生于颈部，与颈部淋巴结转移癌相似。胃肠道方面，《内经》“三阴结谓之膈”、“饮食不下，膈咽不通，食则呕”。《证治准绳》描写噎膈，与现代医学的食道癌、胃癌相似。《医宗金鉴》描写噎膈更为清楚：“贲门干枯则纳入水谷之道路狭隘，故食不能下，为噎塞也。幽门干枯则放出腐化之道路狭隘，故食入反出为翻胃也。”《证治汇补》记载“酸久成噎”、“吞酸，小疾也，然可暂不可久。久而不愈为噎隔反胃之渐也”。说明慢性胃病可成胃癌。《诸病源候论》描写的翻花似现代的皮肤病，体表的菜花状恶性肿瘤等。而且规定不能开刀，“开刀则成翻花，百无一活”。

由此可见，祖国医学对恶性肿瘤的病因、症状、体征、预后等均有比较详细的描写，也积累了许多治疗方法。虽然不能完全治愈，但有的方法也能提高存活率。

（二）病因病机

1. 七情所伤。《外科证治全书》认为乳癌“多由忧郁患难惊恐，日久积累，肝气横逆，脾气消沮”；认为茧唇是“七情火动伤血”。《证治汇补》认为膈是“忧郁失志，气郁成火”。

2. 脏腑经络失调。肿瘤发生的部位与脏腑经络有一定的关系，如舌癌，《外科证治全书》认为舌菌是“心脾郁火实热”，或“心境不佳”、“元气亏损”。

3. 饮食不节。《张氏医通》认为：“好热饮人多患膈症。”清·何梦瑶《医碥》认为：“酒客多噎膈，饮热酒者尤多。”李用粹说：“醇酒淫欲而动脾胃肝肾之火，而成噎膈。”

4. 年龄。明·赵献可《医贯》认为：噎膈唯男子高年者有之。明·申斗垣于1604年认为：“癌发40岁以上，血气亏衰，厚味过多。”（《外科启玄》）

5. 外因。《诸病源候论》认为乳部石痈为“风寒气客之，则血涩结成痈肿。而寒多热少者，则无大热，但结核如石”。

由于肿瘤的病因不同，因而采取的治疗方法不同：主张气滞血瘀形成的，采用行气活血法；认为痰浊流注形成的，采用消痰软坚法；认为热毒郁火形成的，主张清热解毒；认为高年及元气亏损形成的，主张扶正；认为七情所伤形成的，主张疏肝散郁。

（三）治疗法则

1. 初期——正盛邪实，以祛邪为主。

（1）抗癌丸：夏枯草、黄药子、草河车、白鲜皮、败酱草各30克，山豆根60克。这是药理筛选有抗癌作用的中药配成的——通用。

（2）加减漏芦汤：漏芦30～60克，土茯苓15～60克，党参15～30克，当归10～15克，半夏15～20克，地龙10～15克。（《千金要方》的漏芦汤加减而成）

加减：①肝胆癌——加柴胡30克，郁金15～30克，山栀15克，茵陈15～30克。

②胃、食道癌——重用白术30～50克，鸡内金20克。

③肺癌——加射干15～40克，桔梗10～15克，贝母15～20克。

④鼻、咽、喉、舌、上颌窦癌等——加元参30克，重用丹皮30～45克。

(3) 活血消瘤方——动物活血化瘀药加半夏、南星等。重用制半夏15～30克，制南星15～30克，也可用生的，但要从小剂量加起。

(4) 化瘀散——人参30克，元参30克，元胡30克，全虫30克，水蛭30克，土元30克，干蟾皮6只，斑蝥5克，炮山甲30克，生甘草60克，川芎30克，黄柏60克，白及30克，研细入胶囊，每次3克，1日2～3次，1周后增加1.5克，增至6克止，如尿中有红细胞可减量（通用）。

2. 中期——正气渐虚，要加调理脾胃扶正药。

3. 晚期——攻邪不如扶正。

这二期可采用补气养血、活血化瘀、清热解毒、软坚除癥法，选用：生熟地、当归、红花、黄芪、党参、白术、土茯苓、元参、黄芩、山栀、半夏、南星等。

上海中医药大学、上海中医药研究所、龙华医院、曙光医院整理一套对中晚期病人的扶正法，分4种：益气健脾、温肾壮阳、滋阴补血、养阴生津。后二法用于中晚期病人。养血生津，多用生地、天麦冬、沙参、石斛、鳖甲、龟板、玉竹、黄精等。

(四) 筛选抗癌有效的中草药

1. 动物筛选

用实验鼠接种肿瘤后给药，与对照组比较瘤重。

(1) 对肉瘤180，抑制率40%～50%者有巴豆、蚤休、夏枯草、地榆、椿白皮等。抑制率30%～40%者有斑蝥、补骨脂、天花粉、山豆根、漏芦、马勃、葡萄根、喜树碱、樟州水仙碱、珍珠贝、乌梅、卤水等。抑制率20%～30%者有紫草、鸦胆子、僵蚕、苦参、雄黄、皂刺、姜黄、蟾酥等。

(2) 对肉瘤37：抑制率40%～50%者有核桃青皮、蚤休、

秧秧藤。抑制率30%～40%者有猫眼草、半边莲、急性子、樟州水仙等。抑制率20%～30%者有葵花杆、蓖麻叶。

(3) 对实验性肝癌有抑制者：马莲子40%，蚤休30%。

2. 体外筛选

用美蓝试管法、琼脂平板法、噬菌体法、二氢叶酸还原酶法、精原细胞法、华勃氏呼吸法等。

(1) 清热解毒类

蚤休、白花蛇舌草、半枝莲、半边莲、夏枯草、龙葵、紫草根、银花、蒲公英、鱼腥草、农吉利、生地榆、马齿苋、紫参、山豆根、土茯苓、椿白皮、白英、田基黄、秧秧藤、狗舌草、天冬、漏芦、大青叶、板蓝根、凤眼草、败酱草、藤梨根、白头翁、射干、藤回头，以上均用30克左右。黄药子、山栀子、胡黄连、汉防己、天花粉、苦参10～20克，青黛、鸦胆子3～10克。

(2) 活血化瘀类

丹参、丹皮、赤芍、贯仲15～30克，莪术、三棱、土鳖虫、水蛭、水红子、皂刺10～15克，马鞭草、刘寄奴30～60克，三七、虻虫、白药1～3克，红娘子1～1.5克。

(3) 软坚散结化痰消肿类

昆布、海藻、土贝母、山甲、山茨菇、急性子、牡蛎、鳖甲、半夏、南星、蜂房10～15克，杏仁、大贝、芫花、甘遂1～3克，干蟾1～2个。

(4) 其他

蜈蚣1～1.5克（冲），全虫1.5～5克（冲），守宫、生半夏、生南星3～6克，狼毒1～2克，硇砂0.5～1克，金钱蛇半条，猪苓、茯苓、无花果、苡米30～60克，核桃枝、核桃青皮、喜树根10～30克。

(5) 具有抗白血细胞的中草药

农吉利、狗舌草、干蟾皮、斑蝥、长春花、肿节风、墓头回、马钱子、胡黄连、鸦胆子、白头翁、马勃、马兰根、红花、白药、狼毒、兔耳风、人中白、卵叶娃儿藤、广豆根。

(6) 对人体肺癌有抗癌作用的有

王不留、蒲公英、石见穿、徐长卿、野菊花、白花蛇舌草、丹参、夏枯草、海藻、望江南、鱼腥草、蜀羊泉、丹皮。

(五) 中草药提取物和验方

1. 莪术、三棱制剂

(1) 5%莪术挥发油注射液（乳剂），宫颈癌局部注射。

(2) 1%莪术油注射液，对肝癌、宫颈癌、卵巢癌、淋巴肉瘤有一定疗效。

(3) 15%复方莪术注射液（莪术 2/3，三棱 1/3），对肉瘤、宫颈癌、卵巢癌有一定疗效。

1. 农吉利

(1) 农吉利注射液，对皮肤癌、宫颈癌有作用。

(2) 农吉利甲素，对皮肤癌、宫颈癌、绒癌肺转移、急性白血病有作用。

3. 三尖杉属三种植物（三尖杉、中华粗榧、海南粗榧），对白血病、恶性淋巴瘤、肺癌、绒癌有作用。

4. 喜树——现多用喜树碱注射，上海地区调查：对胃癌有效率 61%，白血病 57.5%，绒癌 85%，膀胱癌 50%，肠癌 49%，肝癌 44.5%，食道癌 30%。毒性反应：尿频尿急、血尿、恶心、腹泻、白细胞减少等。后来上海用提取喜树碱的母液做成“喜二片”，反应较轻也有效。

5. 秋水仙碱，秋水仙酰胺——由山茨菇提取的生物碱，对乳腺癌有效率 74.2%，显效率 37%。副作用：食欲不振，腹胀，便秘。

6. 黄药子酒——《千金方》有介绍。黄药子 300 克，捣碎

加60度白酒3斤，封口，隔水煮2小时，放冷水中一周。每日5次，每次5～10毫升，对食道癌有效，对肝功有损害。

7. 斑蝥

(1) 斑蝥提取物加青黛、白及、吴萸、半夏、山药、木通、氢氧化铝、硫酸镁，制成片剂或胶布，对原发性肝癌有一定疗效。

(2) 斑蝥鸡蛋方——斑蝥1～3个，放入鸡蛋，煮1小时，去斑蝥，吃鸡蛋，每日一个。反应：恶心，胃痛，尿频急痛，血尿等。

8. 蟾酥制剂——对皮肤基底细胞癌、消化道癌、肺癌、骨肉瘤、乳癌、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等有一定疗效。副作用有恶心。

9. 石上柏——全草30克，红枣7个，水煎服。对绒癌和恶性葡萄胎有一定疗效。

10. 鲜天门冬——治乳癌有改善症状和缩小包块的作用。

11. 龙葵合剂——龙葵30克、半枝莲60克、紫草15克，治恶性葡萄胎。

12. 上海群力草药店治肿瘤验方：主药——龙葵50克、蛇果25克、白茧50克。对胃、肝、肺、宫颈癌等晚期癌能延长生存期。

13. 重庆中医院试用大马丸：大马蜂窝4份，银花2份，山甲1份，蒲公英2份，蜜丸，每丸重1克。每日2次，每次2丸。对气管乳头状瘤有效。

14. 1983年《山东中医杂志》第4期介绍用露蜂房汤治良性葡萄胎（当归、云苓、丹参、泽兰、山甲、蜂房、山楂），或用半枝莲、紫草、莪术、三棱、川牛膝、土茯苓、白花蛇舌草等，可避免吸宫，防恶变。对恶性肿瘤早中期，中药可加用天花粉、穿心莲、山豆根、石上柏等。晚期重在扶正。

15.1983年《中医杂志》介绍活血化瘀中药加放射疗法治鼻咽癌。中药用：黄芪、赤芍、川芎、桃仁、红花、葛根、当归、鸡血藤、丹参、陈皮。1、3、5年生存率为91.3%、67.4%、52.5%，放射组：80%、33.3%、24%。

16. 常永红等报道（《辽宁中医杂志》83年10期）中药辨证治疗32例胃癌，测定血清溶菌酶水平，均由27.944上升到35.860，有非常显著意义。表明中药能增强胃癌患者机体防御机能，对单核——巨噬细胞具有促进作用。

上面摘要介绍一些报道和常用中草药供临床参考。肿瘤初起、体积比较小的，还是手术彻底切除为好。

七、对“五泻心汤”的体会

《伤寒论》五泻心汤治疗各种类型的痞症，在古今中医界很享盛名，如果辨证确当，用之很有疗效。余在教学和临床上对这五个泻心汤有些肤浅的体会。

（一）大黄黄连泻心汤

《伤寒论》154条：“心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。”是说明痞症位于中焦胃。机理为何？可参看151条“脉浮而紧，而复下之，紧反入里，则作痞，按之自濡，但气痞耳。”脉浮而紧是说病原为表寒证，应汗解。紧反入里的“紧”，与脉浮而紧的“紧”，都表示寒邪。紧反入里，是说表寒邪因误下而入里，正气也不能抗邪于表，反被抑于里。入里之归属有很多：有人体质属阴寒虚，而寒邪并不化热，成少阴证；如人体质属阳热实，应当化热入里，有与水结于下焦成蓄水症；有与淤血结于下焦成蓄血症；有入肠胃或成协热利（葛根黄芩黄连汤证）、或成虚寒利（桂枝人参汤证、四逆汤证）；如误吐下而胸

阳偏虚则成胸中懊憹之栀子豉汤证；有转成阳明、少阳症；如内陷之邪热与有形的痰饮相结则成结胸；如无痰饮与之相结则为痞。结胸心下硬满而痛，痞症则自觉心下痞满，按之濡而不痛。这是病情的变化，原为表寒症，误治后成里热症，因此当用大黄黄连清泄里热。

大黄黄连泻心汤纯用苦寒，泻热之力已足；并无辛温之品反佐，算不得辛开苦降，不具通畅气机之功；又无参草大枣等扶正，则过用苦寒易伤中土，因此本方是否一定有黄芩？古今注家大多认为有黄芩，这说法有一定道理，但也不尽然。本方名称明言大黄黄连泻心汤，若有黄芩，按《伤寒论》之通例，可能会全称之为大黄黄芩黄连泻心汤的，如 34 条全名葛根黄芩黄连汤、359 条全名干姜黄芩黄连人参汤那样。《伤寒论》方药味少的，除有特殊名称（如白虎汤、四逆汤）外，几乎都排列药物名称以为方剂的名称，所以本方应无黄芩为妥。

病例一：曹××，女，34 岁，1968 年夏就诊。因感冒头痛牙痛，某医给服牛黄解毒片，便稀二日，后大便反干结，就诊时已 2 日未解，自觉胸闷、上腹部有异物堵塞感，头痛牙痛未缓解。舌苔薄黄，脉弦滑，腹平软，肝脾未触及，未扪及包块，因之诊为痞症，肠胃有热，风邪上攻，宜兼顾，方用大黄黄连泻心汤加味：生大黄 9 克后人，黄连 3 克，防风 9 克，白芷 9 克，细辛 1.5 克，枳壳 15 克，生草 4.5 克，水煎服 2 剂而愈。按本例并不是表证误下成痞。前治非误，只是药偏一面，缺少理气和胃药，因而效不著。

（二）附子泻心汤

方出《伤寒论》155 条："心下痞，而复恶寒汗出者，附子泻心汤主之。"多数注家均认为本条之心下痞，即上条之邪热内陷而成，成痞后又"复恶寒汗出者"是为表阳不足，因而附子温阳，大黄芩连泻热，并行不孛，此说似乎有理。余认为有二个问

题值得讨论：（1）恶寒汗出是否一定表阳虚？（2）附子泻心汤可与大黄附子汤作比较。恶寒且汗出，在辨证上可属卫阳虚者，也可属真阳不足者。真阳虚者四肢清冷、全身恶寒、自汗出多或重则冷汗，虽有其他见证，当用附子温阳，这时不能认为是表阳虚。如果是表阳虚，按《伤寒论》20条，应该用桂枝加附子汤佐以大黄芩连，而不是单用附子佐大黄芩连了，因而我认为这是里阳虚不能卫外。既是里阳虚，又如何用大黄芩连？这就可与《金匮》大黄附子汤作比较。大黄附子汤药用大黄、附子、细辛，功能温里散寒，通便止痛，主治寒积、腹痛便秘。本方比大黄附子汤少温散寒邪之细辛，而多了清热之芩连，说明本条邪热内陷成痞是主要方面，里阳虚是次要的，不若大黄附子汤温里散寒为主。这是寒热并用、邪正兼顾的方剂。

病例二：王××，男，45岁，1973年春就诊。经常腹部闷隐痛，尤其受凉后为著，近来自心下至少腹部痞闷痛，大便干结不畅，查腹部平软，无明显压痛。舌苔白滑薄，质淡，脉细，拟诊寒痞，以附子泻心汤加减，方用附子9克，大黄9克（后入），黄芩6克，半夏9克，青皮12克，砂仁9克，炙草6克，3剂。药后闷痛减轻，大便仍不畅，以原方加莱菔子12克收功。

（三）半夏泻心汤

方见《伤寒论》149条及《金匮》17篇。《伤寒论》249条主要说明半夏泻心汤证之来源，系小柴胡汤证误下后正气不足，外邪内陷所致，症见心下“但满而不痛”，但叙证不详。《金匮》17篇以“呕而肠鸣、心下痞”三证来补充之。本条所述痞，邪在里而不实，不能汗解，不可攻下，只能用干姜半夏之辛以散结，用黄芩黄连之苦以泄满，辛开苦泄、疏通三焦气机，使之恢复升降之功能。又因中气虚，不胜误下而外邪内陷，因而以参草大枣扶中。这样，有一个问题需讨论：同样是痞，为何一则用大黄黄连清泻，一则辛苦并用加扶正？主要在于病因病机不同。有

邪热拥聚；有气机不畅，中气不足，痰湿中阻，这后三者也各有偏重不同，大黄黄连泻心汤为邪热拥聚而设，半夏泻心汤则针对后者本虚标实。余在临床所见痞证，由表邪误下、纯为邪热拥聚而成，如大黄黄连泻心汤证者少见，肝郁气滞、湿邪中阻，胃不和而成者较多见。因此半夏泻心汤证比大黄黄连泻心汤证多见。但余认为半夏泻心汤之用于临床，虽有辛开苦泄之通畅气机，仍缺乏理气药。凡痞症，兼气滞者为多。如在半夏泻心汤中酌加芳香理气，效果更好。

病例三：王××，男，24岁，1976年就诊。因患痢疾，服抗菌素治疗后痢止，但脘腹胀闷，不舒，自觉如异物堵塞感，肠鸣漉漉、恶心、纳呆、口苦、舌苔黄白腻、脉濡滑，辨证中焦气滞湿阻，以半夏泻心汤加减，方用半夏12克，黄芩9克，干姜2克，黄连3克，藿香9克，苍术9克，苡米18克，焦三仙各15克，白蔻9克（后入），水煎服，3剂减轻，守方2剂而愈。

（四）生姜泻心汤

生姜泻心汤以半夏泻心汤去三分之二干姜，加二倍生姜，本方主治见《伤寒论》157条："胃中不和，心下痞硬，噫气食臭，胁下有水气，腹中雷鸣下利。"由于平素脾胃薄弱，表邪虽解，而食积内停，因而胃中不和，中焦气机升降失调。气机不畅形成心下痞、嗳气，食积而嗳气腐臭。既然胃不和，大小肠能亦必失调，因而水走肠间、雷鸣下利。可见本方比半夏泻心汤要侧重于用生姜健胃、助消化、散水气。以现代医学观点来看，腹中雷鸣下利，乃肠蠕动增强，与嗳气食臭同为消化不良，并非真的肠间有水，而生姜也确有健胃助消化、通气止呕之功，如姜酊、驱风合剂等。然生姜之此类作用，倒底有限，余用本方除呕恶较显著而重用生姜外，也加理气消导之品，如三仙、木香等。

病例四：郑××，男，25岁，1979年8月就诊。因用农药，防护不周中毒，经治已基本愈。但仍胸闷、恶心1周，纳呆，肠

鸣，大便稍稀，舌苔薄黄腻，脉弦滑，诊为痞症，湿热中阻，仿生姜泻心汤加减：嫩生姜15克，半夏12克，黄芩9克，黄连3克，竹茹9克，旋覆花9克（包煎），山楂15克，3剂恶心止，肠鸣便稀如前，去竹茹、旋覆花，减生姜，加干姜3克，木香9克，白蔻9克，云苓12克，2剂痞闷等好转。

（五）甘草泻心汤

与半夏、生姜二泻心汤基本相同的甘草泻心汤，只是在半夏泻心汤的基础上增加三分之一甘草，《伤寒论》158条出方无人参，《金匮》第三篇出方有人参。从《伤寒论》158条条文可知，本方既是治痞症，又一次误下、重伤胃气而形成者，当然应重在补虚、健脾胃，反于半夏泻心汤去人参，略加甘草，于理不通，故知《伤寒论》所出方有遗漏，当从《金匮》所出之方才是。本方适应证基本同生姜泻心汤证，无嗳气食臭而胃中虚较重，在临床上可用半夏泻心汤加白术、云苓，比加甘草为好。盖甘草虽能健脾胃，脾健运则虚满除，然总是甘令人中满。《灵枢·五味》篇说：“甘走肉，多食之，令人闷心。”闷心者，胸脘痞闷也，故中满证忌之。余在临床如遇中虚痞满，概以术苓代甘草。

病例五：张××，男，30岁，1967年秋就诊。素患球部溃疡，发作时饭前及夜半痛加重，得食略缓，稍纳凉则大便溏薄。近半年来因情绪不佳，心胸痞闷，或隐痛，喜温喜按，纳食不振，口苦，肠鸣，大便稀薄，一日三四次，脉沉弦，舌苔薄黄白腻，舌边齿印。余考虑脾胃虚弱为本，肝郁气滞为标，诊为虚痞，半夏泻心汤合四君子汤化裁：半夏12克，黄芩9克，干姜4.5克，黄连2克，党参9克，白术12克，云苓12克，香附15克，鸡内金9克，水煎服。5剂，症状大减，苔转薄白，去黄连、干姜，减黄芩，加木香，3剂后痞闷全消。

五泻心汤的基础方有二个，一是大黄黄连泻心汤，一是半夏泻心汤，因里阳虚而大黄黄连加附子，因脾胃虚而半夏泻心重用

甘草，又因食积而重用生姜，这些都是有针对性的。从五泻心汤的加减变化，也可窥见《伤寒论》辨证用药的严谨精当。我们既要学习《伤寒论》辨证论治的方法，又不能拘泥于古方。有许多疾病古时多见而现代少见，相反现代很多病，如病例三痢疾服抗菌素治疗后引起腹胀痞闷、病例四有机磷农药中毒后引起痞证，都是在古代所不可能有的，因此治法用药也需相应改变。对五泻心汤在临床的应用，余也如此认识。

八、补法治疗心绞痛

（一）体会

心绞痛一症，类似于中医之“真心痛”、“心病”、“心主所生病”、“猝心痛”及/或胸痹。症状典型、疼痛剧烈者，大约属真心痛、心病、心主所生病的范围，《灵枢·厥病第二十四》说：“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”。《难经·六十难》说：“其痛甚，但在心，手足青者，即名真心痛。……旦发夕死，夕发旦死。”《素问·藏气法时论篇》说：“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩甲间痛，两臂内痛”；《灵枢·经脉》篇说：“是心主所生病者，目黄胁痛，臂内后廉痛厥，掌中热痛。”《金匮·胸痹心痛短气病脉证治篇》论心痛说：“心痛彻背，背痛彻心”；《串雅内编》论猝心痛说：“牙关紧闭欲死。”《证治汇补》说：“有心痛者，卒然大痛，如有刀割，汗出不休，舌强难言，手足青至节，旦发夕死，夕发旦死”、“厥冷昏闷”等。症状不典型、疼痛较轻者，大约属于胸痹范围。《金匮·胸痹心痛短气病脉证治篇》说：“胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气”、“胸中气塞”、“心中痞，诸逆心悬痛”等。由于疼痛的部位、性质不同，可辨证为：心脉瘀阻，用活血化瘀方药如失笑

散、丹参、复方丹参、冠心Ⅱ号等治疗；寒凝脉络，可用芳香温通药如苏合香丸、苏冰滴丸等治疗；胸阳不振，可用宣痹通阳方药如栝蒌薤白半夏汤、宽胸气雾剂等治疗。然而上述诸方药都是祛邪为主，适用于心绞痛的急性发作时，即所谓急则治其标。《素问·评热病论篇》说："邪之所凑，其气必虚。"《素问·举痛论篇》说："百病生于气也。"这"气"，当然不但指气郁，也包括气虚。又说："寒气人经而稽迟，泣而不行。客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。"《金匮·胸痹心痛短气病脉证治篇》说："阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚，知在上焦，……"这就是说，发病原因不外乎气虚、血少、气滞、寒凝、瘀阻5种。气虚可致心阳不振和脾阳不运，二者均可致寒凝、气滞、瘀血，闭阻了心脉，故"卒然而痛"。根据阳损及阴、阴损及阳的道理、老年肝肾之阴暗耗，心血亦常不足，也可引致心阳不振。所以气虚血少是本，气滞、寒凝、瘀血是标。既然是"从内之外而盛于外者，先调其内而后治其外"（《素问·至真要大论篇》），因此在病情缓解、症状改善后，必当补虚为主，而兼以理气祛瘀，重在治本。即使在急则治其标时，也应该标本同治，即重标兼顾其本，所谓通补兼用。《证治汇补》对心痛病的治法，提出"初病宜温宜散，久病宜补宜和"。

补法是否会恋邪？特别是在气滞、血瘀、寒凝等因素引起了疼痛发作的情况下，用补益剂，对改善症状是否有弊？仲景在《金匮》中首次提出用纯补的人参汤治疗，又在同篇末提出通补兼施的九痛丸治疗九种心痛。这就给后人开了先例。宋《普济本事方》治胁痛方7个，从其描述的症状看，不能排除心绞痛，其中3方用人参（其中用枳实、枳壳者7方，用川芎者6方，用葛根者4方）。至于近来以西医病名、中医辨证分型治疗心绞痛、心肌梗塞者，很多都是用补益法则的，或兼以补益药。例如：认为本病的临床所见常是虚实夹杂，当发作时，宜行气活血，或温

毒化痰，并兼顾心阴、心阳之虚，重在治标；如症状改善后，当以补虚为主，兼以祛痰通瘀，重在治本。认为本病的治法要"三通"、"二补"，补法是补肾、补气血。在治疗过程中，常结合补虚，有助巩固疗效。也有将冠心病辨证分为气阴两虚、阴虚阳亢、气滞血瘀、痰湿痹阻4型，其中一、四两型用芪、参等；也有主张在慢性阶段长期服用通补兼施的健心丹，其中就含有人参。有的作者将党参、黄芪、黄精3味药，经动物实验证实，它对小白鼠心肌组织中环磷酸腺苷（CAMP）有增加趋势，经过多种实验方法，多种指标观察，均证明抗心梗合剂（上述3味药加丹参、郁金、赤芍共6味）对实验性心肌缺血及梗塞，具有良好的保护作用；有作者用补气阴通血脉的益心方加毛冬青（党参、麦冬、五味子、萸肉、首乌、大枣、丹参、毛冬青）治疗冠心病，能缓解心绞痛、降压、降胆固醇、扩张冠状动脉增加血流量。有的作者用益气活血、通阳理气的黄芪、丹参、川芎、赤芍、桂枝、陈皮治疗心肌梗塞。有的作者用养阴通络药治疗西医诊为冠心病胸痹的病人，药后缓解。有的单位用益气药党参，配伍行气活血药生蒲黄、红花、姜黄、降香治疗冠心病（名心舒Ⅲ号），一般服药2周后开始改善症状。凡此种种，说明补益药、尤其是补气药，在增加冠状动脉血流量、改善心肌营养、缓解心绞痛等方面是有相当作用的。气为血之帅，气行则血行，如果气虚无力行血，必然会影响到血行迟缓，久则形成瘀血。如果气不虚，不会使血行迟缓。《灵枢·九针十二原》篇"中气乃实，必无留血"虽指针法而言，但也适用于此。

（二）分型治疗

1．气阴两虚型：形体消瘦，心前区疼痛隐隐，夜间加重，胸闷，气短乏力，头晕目眩耳鸣，口干口苦，平时失眠、心悸、自汗盗汗，舌苔薄或无苔，舌质淡红，脉细数或促细。

治法：益气养阴，疏通血脉。

方药：生脉散加味：党参、五味子、麦冬、枸杞子、菊花、全瓜蒌、丹参、桃仁、元胡、首乌片、毛冬青片、复方丹参片。

病例一，崔×，男，65 岁，退休工人，1977 年 4 月就诊。以往就有头痛头晕史 10 年，发现高血压 5 年。半年来曾因经常胸闷、剑突上方疼痛，自认为胃痛，自服木香顺气丸，乡村医生给针灸。3 天来疼痛加重，不能走路而来诊。血压 170/100mmHg。心电图提示：冠状动脉供血不足，后间壁陈旧性心肌梗死。中医辩证：形体消瘦，心前区隐痛，夜间及稍劳累即加重，胸闷憋气，头晕目眩耳鸣，口干，平时心悸失眠，易头汗出，舌苔薄净，舌质淡红，脉细数。病机为气阴两虚兼心脉瘀血，治以益气养阴、疏通血脉，处方：党参、麦冬、五味子、枸杞子、全瓜蒌、桃仁、元胡、丹参、首乌、珍珠母、钩藤，五剂后步行来诊。共服药 13 剂后缓解。以后常服复方降压片、首乌片及潘生丁巩固。

2. 气阳 2 虚型：形体肥胖，发作性心前区疼痛，痛时出冷汗，胸闷气短，面色苍白或晦黯，平时畏寒，四肢清冷，倦怠无力，经常自汗，容易腹泻便溏，舌苔薄白，舌质淡白胖、边有齿印，脉沉细。

治法：益气温通胸阳。

方药：四君子、枳实薤白桂枝汤加减：黄芪、党参、白术、桂枝、白芍、薤白、川芎、降香、红花、元胡，甚者加附子、苏合香丸、冠心苏合丸、九痛丸、复方丹参片等。

病例二，刘×，男，58 岁，干部，1977 年秋就诊。患高血压 12 年，经常头晕头痛。2 月前参加义务劳动后突然心前区疼痛，比较剧烈，当时手足冷、出冷汗。血压 200/110mmHg。心电图示：冠状动脉供血不足，前壁心肌梗塞（冠状 T）。此后经常心前区较剧疼痛，常服消心痛、潘生丁等能缓解而经常发作。中医辩证：形体肥胖，心前区经常疼痛，痛重则出冷汗，胸闷气

短，面色略晦黯，平时怕冷、乏力、纳少，吃冷食易便稀。舌苔薄白，质淡，脉沉细弦。辨证为气阳两虚、胸阳不振、心脉瘀阻。治以温通胸阳、益气活血。处方：党参、白术、桂枝、白芍、薤白、川芎、降香、红花、元胡、附子、浮小麦、石决明、冠心苏合丸、复方丹参片，仍服西药。1周后好转，以后间断服药巩固。

3. 气虚血瘀型：平时体质差，但发作时疼痛剧烈，因此以活血止痛为主，佐以党参或黄芪等。

治法：通补兼施。

方药：桃红四物汤加减：川芎、赤芍、郁金、桃仁、红花、苏木、丹参、党参、元胡、生蒲黄、冠心Ⅱ号、三七粉、复方丹参片等。

病例三，王×，男，55岁，职工，1980年春就诊。有高血压、动脉硬化史。1年前曾因胸前疼痛、心慌、胸闷、晕眩气短，诊为急性心肌梗死住院治疗。这次发作15天入院。症状同前，舌苔薄白质胖边齿印。辨证为心气不足、胸阳不振、心脉瘀阻，以丹参、薤白、全瓜蒌、龙骨、赤芍、茯苓、五味子、党参等加减治之，另服人参归脾丸、复方丹参片、冠心苏合丸、苏冰滴丸以及潘生丁，间或服消心痛等治疗，1周缓解。

（以上由刘永利、秦文栋编写）

九、“五字辨证”治疗月经不调的体会

中医古典书籍，浩如烟海，其中有关月经不调的论述，相当多。近人编著书籍文章，或是病例介绍、总结报道、典型验案等，总喜欢偏重于引经据典，或是《丹溪心法》如何说，或者《妇人大全良方》如何说，将本来并不复杂的症候群，弄得繁复

了，给初学者、特别是西学中的同道带来了一定困难。能不能简单一点，找一找规律？本人在沂源工作期间，就月经不调一症，摸索了一些自认为比较简单可行的辨证方法，即“五字辨证”方法，也就是将月经不调大致上分为5种类型，每型主症突出一个字，试述于下，并将部分典型病例举于后，供参考。

（一）气滞

此型主症是“胀”。行经期下腹胀，行经前乳房胀，甚至有块状物并有触痛。治则；疏肝调经。方药：柴胡、郁金、乌药、醋制香附、当归、橘核。加减：经量少加川芎；经量多加炒地榆、乌贼骨；经行先期加生地或黄芩；经行后期加吴茱萸。

病例一，刘某，20岁，1967年春就诊。行经前一天即感下腹胀，持续3天，不痛。周期前后相差1天，经量偏少，三四天即干净。症已半年，从未诊治，曾自服逍遥丸10天无效。来诊时月经已净5天。舌苔薄，质平，脉弦滑，即以疏肝调经法。处方：柴胡12克，香附24克，乌药12克，青皮12克，当归24克，2剂，水煎服，嘱下次行经前一天即开始照方连服4剂。3月后随访，讯得近二次行经未感下腹胀。

病例二，李某，23岁，1968年秋就诊。症已1年，因与爱人分居二地，每次探亲后行经前四五天即感下腹不适，两乳剧胀且不适，自觉乳房内有块状物，拒按，甚至衣服贴着乳头也觉胀痛。此症约持续10天即经净后才缓。月经周期提前四天。如此反复，一般要经过四五个月经周期后才逐渐减轻。这次来诊是探亲后将第2次行经，乳房已胀2天，舌苔脉象无特殊变化，即以疏肝调经法。处方；醋制香附30克，乌药10克，全当归15克，橘核15克，川楝子10克，生地10克，3剂，水煎服。3天后来复诊，胀痛已减轻，乳房块状物也缩小，去川楝子又续服3剂。下次行经前又有些胀，但很轻，续服3剂。以后月经如常，乳房不胀。半年后怀孕。追访10年未复发。

（二）血瘀

此型主症是“痛”。行经前或行经期下腹疼痛拒按，或经血有瘀块，瘀血排出后腹痛可暂缓。治则：活血调经。方药：桃仁、红花、三棱、当归尾、乌药。加减：经量少加川芎；经量多加益母草；伴腰痛加鸡血藤、牛膝；行经先期加丹参、赤芍；行经后期加吴茱萸。

病例三，孙某，26岁，1971年春就诊。行经时下腹疼痛拒按已3年，加重1年。月经周期提前1周，经色黑，瘀块多，下腹疼自行经开始持续至经净共4天。结婚4年未孕。来诊时正值行经第一天，舌苔薄，边尖有瘀斑，脉弦。辨证瘀血挟热阻滞胞宫，以活血调经兼凉血法。处方：桃仁12克，赤芍15克，当归尾20克，乌药15克，三棱12克，丹参30克，水煎3剂。二诊：腹疼已减，瘀块亦少，减量三分之一，续服2剂。嘱下次行经时再来诊。三诊：周期正常，腹疼很轻，上方去三棱、乌药、赤芍，加香附15克，红花10克，水煎服3剂。1年后随访，三诊后未再痛经，现已生一女孩。

病例四，张某，35岁，1974年秋就诊。月经过期1月后又忽然来潮已半月，下腹疼痛难忍，经色黑、量少，有小瘀块，如烂肉状。于1周前在妇科作妊娠试验阴性，疑死胎，过期流产，保守治疗，给服益母草流浸膏60毫升。来诊时诉下腹仍疼痛难忍，痛一阵就流出一些血块，服上药效不著。脉弦，苔薄白腻。据症诊为瘀血阻滞胞宫，拟活血祛瘀法。处方：桃仁10克。红花12克，炙乳没各10克，三棱10克，当归20克，益母草15克，香附20克，牛膝15克，水煎服2剂。二诊：服上药1剂后即排出红白色大瘀血一块，疼痛即减去大半，流血也减少，续服1剂后基本不痛、不流血。又减量三分之一，续服1剂巩固。

（三）血热

此型主症是月经“先”期，或经量多，色鲜红。治则：凉血

调经。方药：当归、白芍、香附、生地、黄芩。加减：经量少加川芎；经量多加炒地榆，生地改生地炭。

病例五，王某，28岁，1974年夏就诊。行经先期10天至半月不等，持续7天，量多无血块，色深红，无腹痛，自觉心里烦热。症已2月余。就诊时正值行经2天，不敢坐，怕漏出沾脏裤子。舌苔薄质红，脉数带滑。诊为血热，以凉血调经法。处方：当归15克，白芍15克，香附15克，生地炭15克，黄芩12克，炒地榆30克，乌贼骨20克。水煎服3剂，嘱忌辣。二诊：流血量减少，心里也不觉烦热。守方去乌贼骨续服2剂，嘱下次行经时来诊。三诊：这次行经提前2天，无自觉症状。处方：当归15克，白芍10克，香附10克，炒地榆15克，水煎服3剂。嘱服完后不必来诊，下次行经正常，不必服药。

病例六，刘某，38岁，1977年冬就诊。半年来行经量多，初如崩，后又淋漓不断，经色鲜红，无瘀块，周期尚可，或超前二三天，但二次月经几乎连续，或只干净三四天又来潮。疲乏无力，不伴腹痛。舌苔薄白润，质淡，脉沉数。这是一例挫手案。我以虚证论治，然而都是先减少，后复如常。连诊二次计5剂，毫无效。这时患者提议，她以前曾服某杂志所载之方，似曾有效。我细察该方，却是清热凉血药为主。因此省悟为该患者并非纯气血虚，而是血虚和血热并存。又改方补气血和凉血止血同用，二剂血止。

（四）胞宫寒

此型主症是行经"后"期。经色淡黑，经血稀如水，少腹或痛或不痛。治则：温经散寒。方药：吴茱萸、小茴香、当归、香附、白芍。加减：伴下腹痛加五灵脂、生蒲黄；经量少加川芎。

病例七，王某，30岁，1978年秋就诊。经常月经后期，后延时间不定，无任何感觉。有时经色黑，有少量瘀块，量中。这次后期已3月未至。半月前肌注黄体酮5天，至今未潮。舌苔薄

白，舌质淡，脉沉细。辨证胞宫寒，以温经法。处方：吴茱萸10克，当归30克，香附15克，肉桂5克，小茴香10克。水煎服3剂，于第4天来潮。随访2月，月经均按期而至。

病例八，傅某，24岁，1969年春就诊。从初潮以来6年，月经一向不准，至少4个月一行，多则不定期，或半年、或数月不等。行经期无任何感觉，经量少，色淡黑经血稀如水，约持续二三天。平时白带多。曾用人工疗法半年，停药后仍如前。就诊时已2月未来潮。舌苔薄白润，质淡，脉沉细滑。拟诊胞宫虚寒挟痰湿，以温补调经法。处方：吴茱萸10克，苍术15克，香附20克，当归30克，黄芪30克，附子10克，仙灵脾15克。水煎服2日1剂。20天后来潮，行经期又连服5剂。以后月经缩短为二三月1次。

按本例是有效的，但未坚持服药治疗，以致半途而废。

（五）虚证

此型主症虽为单纯、明显，但从兼症来看，重点突出一"虚"字。月经或规律或不规律，经量或太多，或太少，或崩漏，无瘀块，或有经净后下腹隐痛，并兼见眩晕、耳鸣、自汗、气短、心悸、失眠、纳少、便溏等症，舌淡红或淡白，脉细濡。治则：补血调经。方药：党参、黄芪、当归、白芍、熟地、香附。加减：如见耳鸣，腰膝酸软，加山茱萸、山药、旱莲草；如见少腹冷、恶寒感，加杜仲、菟丝子、山茱萸、小茴香；如流血多，加阿胶或鹿角胶、乌贼骨、血余炭、仙鹤草。

病例九，代某，28岁，1976年春就诊。结婚4年未孕。常月经后期。某医给服泻丸子4两，引起血崩，又转成漏证，每日淋漓不断，流血时多时少，已延续2年余。头晕，腰膝酸软，面少华色，乏力，自汗，纳少，舌苔薄质淡，脉细带滑，诊为气不摄血、脾肾两虚，以补气血、温肾止血法。处方：党参20克，黄芪30克，当归30克，熟地12克，香附12克，山药15克，

旱莲草 20 克，仙鹤草 30 克，乌贼骨 20 克，杜仲 15 克。水煎服 3 剂，血止，嘱常服妇科十味片和胎盘片，等下次行经时再诊治。二诊：月经如期，色黑有少量小瘀块，下腹隐痛，苔脉 2 平。处方：当归 12 克，党参 12 克，白芍 10 克，生熟地各 10 克，香附 12 克，川芎 3 克，红花 3 克。水煎服 4 剂，经净停药。1 周后又有少量流血，腹不痛，守方去红花、川芎，加炒地榆 15 克，水煎服 3 剂血止。四诊至七诊：月经按期来潮，有时经量多，有时经行延期 达 1 周以上，都在行经时服 3～6 剂补气血、调冲任之类药物。3 月后怀孕。

按此例是误下后成重证。

顾名思义，月经不调是指月经周期、行经持续时间、经量、色、质等方面的变化，如是经期前后出现某些症状，也可以属于月经不调。月经周期的变化，不外乎“超前”或“延后”两种。“超前”一般说来不是气虚不摄血、脾虚不统血，就是血热者居多。但气虚、脾虚总要出现某些虚的症象，所以我以为除外虚证，大部分属血热引起；“延后”，一般来说总是气血虚和胞宫有寒。如前所述，气血虚者，总至少也要出现某些虚的症状或体征，所以除虚证外，大部分也属于胞宫寒。因此将月经周期的变化“先”、“后”就概括为“虚”、“寒”、“热”三种病理属性。行经期前后的自觉症状，主要就是下腹及/或乳房的“胀”、“痛”。古人说“不通则痛”。气滞和血瘀都会引起疼痛，但血瘀引起的疼痛，往往剧烈，部位固定于下腹部，而气滞引起的，却是胀多痛轻，部位可能不固定于下腹部，而反移于乳房。这就将“胀”和“痛”概括为“气滞”、“血瘀”二个病理属性。当然气血病变可以互相影响，气滞可以引起血瘀，血瘀必然气滞，正象临床用药，活血方中必用理气药，而理气方中往往也兼用活血药。至于“虚证”这类型，月经不调这个病证本身的症状、体征并不很突出，而其兼有的一些全身性症状变化，却是八纲、脏腑、气血辨

证中常涉及的一些气、血、心、脾、肝、肾虚性的证候群，因此，辨证也并不很繁复。再说，月经不调一症，除了“寒”、“热”、“气滞”、“血瘀”四种类型以外，剩下的基本上也就是“虚”证了。当然，临床上遇到的病例，往往都是两种类型、甚或3种类型同时出现病症，那就同时用药。特别是气滞型和血瘀型往往同见。但只要掌握住“胀”和“痛”孰轻孰重，分清气滞和血瘀孰为矛盾的主要方面，采取主次兼顾，对症下药。

（以上由赵良倩、曲秀霞编写）

十、关于嗜酸性筋膜炎的治法

（一）病因病机

嗜酸性筋膜炎又称嗜酸性粒细胞增多性弥漫性筋膜炎，是一种较为少见的主要以筋膜发生弥漫性肿胀、硬化为特点的疾病，Schulman于1974年首先报道。病因及发病机制不清，以秋冬季好发，诱因中以劳累过度及受寒湿有关。其临床症状主要是肢体皮肤肿胀、硬紧，边缘局限或弥漫不清，以指按之即起，无明显皮损，关节肌肉酸痛乏力或发热等。病变主要在筋膜，亦可累及肺、食管、脾、胸膜等。实验室检查可见红细胞及血小板轻度减少，白细胞正常，约有一半患者嗜酸性粒细胞增高及血沉加快，免疫球蛋白部分增高及类风湿因子阳性。此病应注意和脂膜炎、浅静脉炎、脉管炎、痛风等相鉴别。目前西药治疗主要用糖皮质激素、西咪替丁、消炎痛等，疗程1～3月。

根据其发病诱因及临床表现，认为应属中医“皮痹”范畴。《素问·痹论篇》谓：“风寒湿三气杂至，合而为痹也，……以秋遇此者为皮痹。”又谓：“皮痹不已，复感于邪，内舍于肺”。病人因劳累耗伤正气，卫外不固，复值秋冬寒湿之邪日盛，邪气内

侵，阻闭经络，发为皮痹也。湿邪重着，寒性收引，寒湿乃阴邪，故病好发于下肢，皮肤硬紧而皮色多不变；经脉阻滞，气血运行不畅，肌肉关节失养，故局部酸痛乏力；寒性凝滞，经脉不通，气血泣而不行，停而为瘀，故局部可见肿块或肿胀按之即起。另外，四肢乃诸阳之末，故阳气虚弱，亦是发病的重要内因。此病证候当为寒湿闭阻兼以血瘀。

（二）治疗方法

1. 温阳散寒，除湿通络

对于本病寒湿之邪较盛者，常用温阳散寒，除湿通络之法，基本方如下：黄芪、桂枝、干姜、川乌、豨莶草、苍术、苡米、川芎、牛膝。方中黄芪、桂枝、干姜、川乌能温阳散寒除湿；苍术、苡米、豨莶草除湿蠲痹，配川芎通络，牛膝引药下行，诸药合用，共凑奇功。如病人寒邪较盛则重用芪、桂、姜、乌；如阳虚则加肉桂、鹿角霜、巴戟天、锁阳等；如湿邪为主，则重用苍术、苡米、牛膝，酌添独活、威灵仙、泽泻、白术等；如兼低热则加秦艽、知母、苦参等。

2. 活血化瘀，通络消肿

对于病人血瘀征象明显，如局部有肿块，皮色较暗，舌有瘀斑，脉涩等，则用活血化瘀，通络消肿之法，常用药如：川芎、赤芍、丹皮、丹参、红花、黄芪、当归、水蛭、土元、牛膝、蜈蚣、山甲等。方中前5味能活血化瘀，加入黄芪、当归，一者益气能增活血之力，二者可益气生血以防破瘀伤正；水蛭、土元善于破瘀消肿；山甲、蜈蚣功专通络攻坚；再加牛膝引药下行，使药力直达病所。如病人阳气亏虚则加力参、干姜、附子等，如湿重，则加泽兰、坤草、赤小豆、王不留行诸品。

3. 中药浸洗外治

本病邪在肌表未入脏腑者，因在肢体之末，故便于使用中药外洗，外洗之法能直达病所，收效迅速，效果较好。基本方为：

透骨草、苏木、红花、艾叶、芒硝等，水煎外洗。方中透骨草能祛风胜湿，活血止痛，兼能软坚消痞，配以苏木、红花活血祛瘀，消肿止痛，配艾叶温经脉、逐寒湿，再加芒硝渗湿消肿而诸效尽增。此方价虽廉而功力专，药虽少而法皆备。体现了散寒除湿活血消肿之义，与病机环环相扣，颇中肯綮。

上述诸法标本兼治，临证时灵活运用，每每药到病除，桴鼓相应。

（以上由赵良倩、曲秀霞编写）

十一、治疗风湿痹症的经验

对风湿痹的论述，最早见于《内经》，如《素问．痹论篇》指出："风寒湿三气杂至，合而为痹也，其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为著痹也"。风湿痹病名首见于《诸病源候论．风病诸候》，文中说："风寒湿三气杂至合而成痹。其风湿气多而寒气少者，为风湿痹也"。这都是风湿痹的最早论述。中华人民共和国中医药行业标准（ZY/T001.1－94）中医内科病证诊断疗效标准中确定风湿痹指风湿性关节炎。

（一）病因病机：

风湿痹症即现代医学所说风湿性关节炎，其发病原因朱老师认为主要有以下两方面：

1.正气不足。腠理空疏，营卫不固，风寒湿等邪气易乘机侵袭；发病后，又由于正气不足，无力驱邪外出，以致邪气留连。因此正气不足是本病的重要内在因素。若患者为阳虚之体，则卫外不固，易为风寒湿邪所伤，发病后表现出风寒湿为主的证候特点；若处于阳气偏盛或相对偏盛状态，脏腑经络，先有蓄热，发病后邪易从阳化热，则表现出以风湿热为主的证候特点。

2. 外邪侵袭。风寒湿之邪是引起本病的外在因素，但多遇体虚之人时，才能发病；也有患者素体尚好，但久处严寒潮湿之地，或在水中作业及冲风冒雨等都可使人发病；另有部分病人本为外邪袭表，经解表散邪或用化学药品治疗后，临床症状消除，但治疗不彻底，部分余邪仍留体内，流注经络、关节，经过一定时间后而出现临床症状。

朱老师认为本病的发生，以正气不足为内因，风寒湿热之邪为外因，只有患者正气不足时，外邪才会乘机侵袭，发为本病，正如《灵枢．百病始生篇》所说："风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人。"

发病后，风寒湿或热邪流注经络关节，气血痹阻不通，筋脉关节失于濡养而致肢体关节、疼痛、酸楚、麻木、重着，以及活动障碍等。《素问．痹论篇》曰："风寒湿三气杂至，合而为痹也。"若反复发作，痹久不愈，反复感邪，病位由浅入深，由经络而波及脏腑，内舍于心，而致心痹，出现心悸，胸闷，气短等症状。即"脉痹不已，复感于邪，内舍于心。"指心脏受损而言。本病由于发病率高，易侵犯儿童及青少年，且易复发，病人年龄越小，病变往往越重，复发率也越高，初次发作期一旦侵犯心脏，以后发生心脏瓣膜病变的机会就会极高，如果失治或误治，轻者给病人造成痛苦，影响劳动，重者丧失劳动能力致残，给患者家庭和社会带来沉重精神压力和经济负担。另外也可对神经系统造成损害，如《备急千金要方·贼风第三》云："历节风著人，久不治者，令人骨节蹉跌，变成癫病，不可不知。"这与风湿性脑病是一致的，临床上所见的风湿性舞蹈病、风湿性癫痫即属此类。近几年来发病率较往年虽有下降，但由于本病治愈率低，且愈后复发率高，而西药主要以抗生素、激素、水杨酸制剂等治疗，这些药物虽可暂时缓解症状，降低血沉，但副作用突出；抗生素仅能控制细菌感染，而对细菌感染后形成的变态反应，即风

湿性关节炎无明显的治疗作用；激素虽能抑制炎症反应，纠正机体的变态反应，但长疗程的应用，如肥胖、多毛、痤疮、糖尿、高血压等也随之出现；水杨酸制剂虽对消除关节的炎症和恢复血沉均有一定疗效，但是对防止心脏瓣膜病变的形成并无明显的预防作用，且胃肠道刺激症状甚多，影响造血系统等，这远远不能满足患者要求。因此，如何设法提高疗效，减少复发率，降低致残率，减少药物的副作用，是每个医务工作者的职责。朱老师对研究风湿痹病尽了很大努力，他以《内经》为理论指导，以《伤寒论》、《金匮要略》等经典著作中有关治痹方药为基础，师古而不泥古，临床灵活运用，经过多年实践，不断总结，在继承的基础上，不断创新，使其在风湿病的治疗上达到了较高的水平，形成了自己独特的学术特点。

（二）治法与方药：

根据我们跟师学习过程中所学到的朱老师治疗风湿痹症及其相关疾病的经验，在治法与方药上主要分以下几方面进行总结：

1. 祛邪为主

针对风湿痹症是因风寒湿或风湿热邪侵袭引起的肌肉、关节、筋骨等处疼痛或关节肿大，初起多以邪实为主，故常用祛风散寒除湿之法，基本方为：制川乌 12 克，丁公藤 15 克，豨莶草 30 克，威灵仙 12 克，川芎 15 克，红花 12 克，乌梢蛇 20 克，黄芪 15 克，日 1 剂，水煎服。加减：若肢体重着，苔白腻，脉濡缓湿胜者，常用大剂量薏苡仁或苍术祛湿除痹，根据《金匮要略心典》中关于“寒湿之邪，非麻黄不能去”的理论，使用上药难以收效时，于方中加入麻黄行痹祛风，常收卓著疗效。

方中制川乌祛风除湿，温经止痛，必不可缺少，只要应用得当，从未发现中毒现象；丁公藤祛风湿，逐冷气，经朱老师反复验证，对风湿痹证具有理想的止痛作用，且远期疗效好；豨莶草祛风湿，利筋骨，远期疗效好，故为朱老师常用之品；威灵仙祛

风除湿，通经活络，散寒止痛，对于风寒湿邪客于筋骨、肌肉者，具有蠲痹止痛作用，但由于走窜性强，对于虚证，朱老师很少应用；朱老师认为，羌活与独活同用，祛风除湿，表里邪散，上下俱行，疗效理想；乌梢蛇味甘气厚，其性善窜，功近白花蛇而力缓无毒，长于祛肌肤之风；川芎、红花为活血药物，配伍得当，可促进血行，消除病邪。药味虽不多，但少而精，药简力宏。诸药合用，具有祛风除湿，散寒止痛，通经活络作用。体会：疾病初发，主要以风湿邪实为主，气血痹阻不通，此时正气未伤，因此，治疗上必须针对风湿邪实，气血不通，处方以祛风散寒，通络止痛为主，仅用一味黄芪祛风固表，扶正而祛邪，达到了治疗目的。

2. 清热通络

风湿外邪侵袭人体后，由于个体差异及感邪不同，部分病人往往表现以热为主的证候特点，如：肢体关节疼痛，痛处红肿灼热，手不可近，难以活动，筋脉拘急，或伴有发热、口渴、心烦、喜冷恶热等症状，舌红，苔黄燥，脉滑数等。对此，朱老师认为，应以清热利湿，活血通络之法治之，基本方药：忍冬藤30～60克，牡丹皮10克，紫草12克，制川乌9克，苍术、红花各12克，薏苡仁30克，秦艽、丁公藤各15克，豨莶草30～60克，海桐皮20克，日1剂，水煎服。加减：咽喉肿痛者加山豆根、玄参各15克；发热者加生膏30～60克，知母12克，桂枝10克；病在下肢者加牛膝15克；若关节红肿灼热消除，去牡丹皮之寒，加川芎活血散瘀，祛风止痛。

方中忍冬藤清络中之热，善治热痹；薏苡仁、苍术、秦艽清利湿热，通利关节对热痹疗效突出；丁公藤祛风湿，通经络，经朱老师多年验证，不但对寒痹疗效显著，而且对于热痹同样疗效突出；牡丹皮、紫草、红花清热凉血，祛瘀止痛，能迅速消除环形红斑，皮下结节，缓解症状，也符合“治风先治血”之意。风

湿热痹以肢体关节疼痛，肿胀灼热，舌红苔黄，脉数或滑数等湿热证候为主，以清热疏风，胜湿通络之法治，也常获得满意疗效，朱老师认为，风湿热痹和湿温有相似之处，同样存在热易清，湿难除的特点，若治疗不当，寒凉太过，则病未愈而阳先伤，给后来的治疗带来一定的难度，故于基本方中侧重于祛湿，而未用大剂苦寒之品，使湿去热孤，病易解除。因方中另有制川乌反佐，不过于寒凉，即使部分原有胃寒的患者，亦能服用。

3．注重活血

风湿痹症的发生，是因风寒湿邪侵袭，痹阻经络，气血运行不畅而致肌肉、筋骨、关节等处疼痛或肿大。因此，无论痹阻新久或病程长短，正气盛衰与否，治疗此病，朱老师认为既要祛风除湿，散寒止痛，又要活血通络，才能促进气血运行，畅通经络，驱除病邪，也符合《医宗必读》中“治风先治血，血行风自灭”之意。常用药物如：川芎、红花、当归、鸡血藤、乳香、血竭、地龙等。

川芎辛温，活血行气，祛风止痛，外彻皮毛，旁达四肢，无论风寒湿或风湿热邪所致，均可配伍应用，并获得很好的止痛作用；红花辛温，祛瘀止痛，朱老师认为与川芎同用，能增强活血止痛作用；当归、鸡血藤两药如配伍在祛风湿的方剂中还可纠正辛散药的燥性，防止过用伤阴，变生他证；血竭行经脉，散瘀血，无论是对风湿痹阻或跌打扑损等所致瘀血疼痛，用之均能活血消肿止痛；地龙通经脉，利关节，疗痹痛，无论是风湿痹痛或跌打损伤所致疼痛，用之通经行滞，止痛迅速；乳香辛苦温，伸筋活络，如《本草求真》说：“乳香香窜入心，既能使气血宣通而筋自伸，复能入肾温补，使气血互相通活。”

朱老师认为，风湿痹症发病后，尽管部分病人因感邪不同，表现为风、寒、湿或热的侧重，都不同程度的存在着气血痹阻不通，特别是寒邪易使气血凝滞，经脉得不到阳气温煦；部分病

人，病久不愈，经脉气血长期不畅，往往产生痰浊，痰瘀互结，又会加重痹阻，形成恶性循环，也有部分病人，由于气血痹阻不通，脏腑失养，影响气血的生成，加之反复感邪，损伤气血，出现气血俱虚，由于气血不足，卫外不固，易致外邪侵袭，往往虚实挟杂。因此，在治疗过程中应用活血药物非常必要，只要结合虚实的不同，适当配伍，不但能促进气血运行，改善微循环，加强组织代谢，提供充足的营养，促进病变组织的修复，而且止痛作用非常显著，对于部分临床症状难以消除，血沉持续增快不降者，又能加速复常，达到治愈疾病的目的。

4．补益气血

部分病人因日久不愈，反复发作，损伤气血，日久出现气血亏虚证候，如除风湿症状外，伴有面色少华，心悸乏力，短气，自汗，消瘦，食少便溏，舌淡，苔白，脉濡弱或细微或结代等。对此，朱老师也有相对固定的基本处方为：制川乌 12 克，丁公藤 15 克，豨莶草 30 克，川芎 15 克，炙黄芪 30 克，当归 12 克，桑寄生 15 克，桂枝 12 克，白芍 15 克，党参 15 克，鸡血藤 15 克，独活 12 克，炙甘草 6 克，日 1 剂，水煎服。加减：寒盛者改制川乌为 15 克（先煎），气血亏损较重者，加人参 6～10 克，熟地黄 10～15 克。

风湿痹病变过程中，出现气血不足，朱老师认为主要有以下两方面，一为患者素体气血不足，腠理空疏，风湿外邪易于侵袭，发病后，又由于无力驱邪，以至邪气逐渐深入，留连于筋骨血脉，因此，正气不足是发病内因，发病后迅速表现出气血不足证候；一为久痹不愈，反复发作，损伤气血或因久痹气血痹阻不通，影响新血化生，加之有些患者长期应用化学药品，抑制造血系统所致，这类患者往往因气血不足，无力驱邪，风寒湿邪又可乘虚再袭，以致病情反复不愈，邪气不除，又可加重气血损伤，互为因果，形成恶性循环。故朱老师认为既要祛风除湿，又要补

益气血，才能达到治愈疾病目的。根据张景岳对血虚血燥者则"非养血不可"和叶天士关于虚人久痹宜养肝肾气血的治痹大法，不过于疏散，强求速效，适当配伍补益气血药及强壮筋骨药，使气足血旺，从而积极地调动内在因素，借助药力，驱除病邪，也都不同程度的提高了疗效，达到了治病求本之目的。

5. 补益脾肾

风湿痹病日久不愈，也可损伤脾肾，出现骨节疼痛，面色淡白无华，形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡白，脉沉细等脾肾阳虚证候，基本处方：制附子 12 克，丁公藤 15 克，豨莶草 30 克，川芎 12 克，红花 12 克，白术 10～30 克，黄芪 30 克，淫羊藿 15 克，鹿衔草 15 克，续断 15 克，桑寄生 15 克；加减：寒重疼痛较甚者，去附子加制川、草乌；阳虚甚者加干姜；气血不足者加白芍、当归、党参。

方中附子对于风寒湿痹特别是阳气不足者，用之既能蠲痹止痛，又能温补阳气，正如《本草汇言》中所说："回阳气，散阴寒，逐冷痰，通关节之猛药也。"故为朱老师喜用之药。白术与附子同用，在《伤寒论》175 条中有明确含义，朱老师认为对风寒湿邪留阻肌肉、经络间之痹症疗效甚佳。张元素说："附子以白术为佐，乃除寒湿之圣药，湿药少加之引经。故朱老师常用；黄芪与白术、附子同用，可增强益气助阳，益气固表，驱邪外出之功，因脾肾阳气不足者，卫阳亦不足，无力御邪，风寒湿等邪气易反复侵袭，而反复不愈，二者同用，气旺表实，补中有散，祛邪而不伤正；淫羊藿、鹿衔草壮肾阳，祛风湿，对于慢性风湿痹症疗效尤著；桑寄生、续断补肝肾，强筋骨，益血脉，利关节，疗效持久；丁公藤远期疗效巩固；豨莶草不但对实证有良效，即使气血不足，脾肾两虚者，只要经过适当配伍，不但能祛风湿，且能扶正；川芎、红花活血止痛，祛瘀生新，是理想的辅助药物；药味虽不多，但作用全面。风湿痹症以实证为多见，朱

老师经多年观察，属虚证者也不少见，其形成主要有以下几个方面：一为部分患者素体虚弱，感邪后，本虚标实，以实为主，经反复用药后，邪气虽衰，正气亦渐虚，加之某些化学药品影响脾胃功能及造血系统而致；一为部分患者长期反复使用肾上腺皮质激素类药物，使垂体－肾上腺皮质系统功能紊乱，且长期应用此类药物有助长阳热作用，用药过程中，患者往往阳热亢盛，随着临床症状的控制，减量或停药过程中往往又出现阳虚或脾虚证候，因此，对于脾肾两虚者，既要补益脾肾，又要祛风除湿，才能扶正祛邪，使用此类药物可调整阴阳，消除阳虚证候，达到治愈目的。朱老师认为，凡久病体虚者，等症状消除后，应继续调补，不可突然停药；也可做成丸剂，坚持服用，才能避免复发，获得长久疗效。

6．提倡药酒

白酒具有通血脉、御寒气，行药势的功能，也是一种良好的有机溶媒，一般生物碱、挥发油等物质皆易溶于酒中，另外，酒还能起到矫味的作用。许多风湿病患者服用其他药物治疗无理想效果时，使用酒制剂，常常收到痛止病愈之效。例如朱老师经验方息风湿灵就是一例，其组成为：制川乌 150 克，丁公藤 200 克，豨莶草 250 克，川芎 150 克，红花 150 克，加工成含醇量为 10％药液 1000 毫升，每次 20～30 毫升，日 3 次服。由于药酒对本病疗效甚佳，故朱老师对于一些不便于服用汤剂者，常针对病情让病人将方药以白酒浸泡后分次服用，经济方便且疗效高，收到了很好的社会效益。

7．寒热并用

朱老师治疗风湿痹症，很少有纯寒无热或纯热无寒的方子。这是因为朱老师在几十年的临证中总结出，本病很少有纯热证或纯寒证。如有些患者感受风寒湿邪后，却出现关节红肿灼热疼痛，舌红苔黄脉滑数等湿热或实热证；有些患者先是感受风热之

邪，证见发热，微恶风寒，汗出，咽干咽痛，脉浮数等风热证候，经过一段时间后却出现风寒湿痹证候，持续一个阶段后，有的出现寒郁化热，或寒热错杂证候。因此，治疗用药时，对寒证要适当反佐一些寒凉药，对热证也要适当反佐一些清热药，以主次分明，寒热并治，达到治疗目的。从另一方面来说，若属寒证，单纯使用一些温燥药，易致燥热伤阴。若患者本来就阴血亏虚，用之不当，就更易伤之。反佐些寒凉及滋润之品，即可制其燥热之性，祛邪而不伤正。对于一些热实证候，若纯用寒凉药，很易致气血凝滞，加重痹阻不通。同时寒凉药的内人，又可使邪气难以宣散，佐使一些温热药就可避免，如制川乌、川芎与秦艽、豨莶草并用，石膏与桂枝、苍术或制川乌等并用，都取得了显著的疗效。

8．辨病与辨证相结合

朱老师由于基础理论深厚，学兼中西，常借助现代医学知识以适应临床需要。同一疾病，中医做出明确的诊断，现代医学也有明确诊断，两者对疾病的认识和论述各有侧重，可以互相参照。他认为辨病可对疾病的进展、证候类型的判别，为治疗疾病提供必要的依据。如同是因风寒湿邪杂至而发病，而风湿痹，初起以游走性大关节疼痛为主，往往多以风邪证候为主，若反复发作，可损伤气血，致气血两虚，或损伤肝肾，致肝肾不足，一般不会出现关节变形。或因反复感邪，病位由浅入深，由经络而波及脏腑，内舍于心，心脏受损，而致心痹，出现心悸、胸闷、气短等症状，即“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”。而尪痹则多以对称性小关节疼痛，遇寒凉则痛甚，初起多以寒邪证候为主，反复发作，可内伤肝肾，而很少伤及心脏。或因气血闭阻，在病因作用下，产生瘀血和痰浊，致痰瘀互结，而骨节变形，由于病邪的深人，平和的祛风湿剂难以收效。两者也都可因风湿热邪为患，风湿痹出现环形红斑，往往是风湿化热，经用清热或凉血药

物后可很快消除红斑；而尪痹中热证较少，即使有也多是寒郁化热，寒热各有所侧重的寒热错杂证候，很少有纯热证候，故在证候上有很大的区别，治疗用药也不同。一个疾病，可有多种证候，反之，一个证候也可见于多种疾病之中，因疾病不同，在治疗上又有各自的特点。如风湿寒证在风湿痹中，发病初期出现游走性大关节疼痛，表现以风为主的证候特点，因此，用药上应侧重于祛风，如羌活、独活等；在尪痹中疼痛遇寒则痛甚，往往以寒为主，因此，用药上多侧重于散寒，如制川乌等。另外，随着现代科技的进展，一些病人自觉症状已消除，无临床体征，但查血 ESR、ASO、C－RP、RF 等实验室检查仍不正常，此时往往无证可辨，朱老师从病论治，也都达到了治疗目的。

9. 重视外治

朱老师对于痹病关节疼痛，病变较局限者，外用中药薰洗，通过皮肤吸收，可直达病所，迅速活血化瘀、通经止痛。常用药物如生艾叶、透骨草、苏木、红花等，肿胀者加芒硝，水煎薰洗，这与内服药物可互相取长补短，获得卓著疗效。

十二、辨证治疗强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是脊柱及其附属组织的一种慢性疾病，常可累及眼、肺、心血管、肾脏等多个脏器。从本病的主要特点来看，属于中医“腰背痛”、“尪痹”、“督脉病”范围，特别与痹证中“骨痹”、“肾痹”相类似。《素问．长刺节论篇》谓：“病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹。”《灵枢·寒热病》篇谓：“骨痹，举节不用而痛。”《素问·痹论篇》谓：“肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头。”《素问·骨空论篇》谓：“督脉为病，脊强反折。”都是对本病的具体描述。目前缺乏理想药物治

之。朱老师辨证治疗此病收到满意疗效，有力的遏制了病情进展，降低了致残率，收到了良好的社会效益，其治疗特色总结如下：

（一）祛风散寒法

发病早期，患者主要表现为骶髂关节、脊柱及四肢疼痛，活动受限，痛处固定，遇寒则痛甚，夜间加重，并有翻身困难，晨僵，脉弦紧，且病变活动时往往血沉增快，C反应蛋白增高。朱老师认为此期主要为风寒湿邪侵袭，气血痹阻不通，也是以邪实为主，故治以祛风散寒除湿之法。常用方药为：制川乌12克，防风10克，威灵仙12克，豨莶草30克，透骨草15克，千年健15克，寻骨风15克，薏苡仁20克，石楠藤15克，桑寄生15克，川芎15克等。如治李某，男，19岁，学生，1996年3月27日初诊，于3月前自觉出现腰骶部疼痛，每逢咳嗽时则牵引腰背部疼痛，气候变化或寒冷时均感加重，并伴双髋、双膝关节疼痛，舌淡红，苔薄白，脉弦紧。查：双侧骶髂关节均有压迫痛，骶髂关节定位试验、床边试验均阳性。X光摄片示：双骶髂关节模糊，关节间隙变窄。查血ESR53mm/h，c-RP＞10mg/L，ASO＜500V。诊断为强直性脊柱炎。辨证为风寒湿痹，治以祛风散寒，活血止痛，佐以补肾。处方：制川乌、威灵仙各12克，防风10克，豨莶草30克，薏苡仁20克，透骨草、千年健、寻骨风、石楠藤、桑寄生、川芎各15克，细辛5克，水煎服。4月18日复诊，腰骶部及髋、膝关节疼痛减轻，晨僵消除，守上方继服。7月19日复诊，疼痛消除，查血ESR、c-RP均正常，X光片骶髂关节较前清晰，上方制川乌改为10克继服，至9月15日停药。半年后随访，未再疼痛，疗效巩固。

按：发病早期的病机及治疗，朱老师认为基本同风湿痹、尪痹等疾病，但又略有不同。如早期主要表现为腰骶部及脊柱疼痛，说明不同程度的存在肾虚证候，肾虚是发病的内因，风寒湿

邪侵袭是外因。因此，治疗上既要以祛邪为主，又要适当佐以补肾，才能标本兼顾，彻底治愈，故加用桑寄生等补肝肾，祛风湿以扶正祛邪。

2. 活血祛风法

本病也同风湿痹、尪痹一样，发病后不同程度的存在气血瘀滞，经络不通，且疼痛主要在腰骶及脊柱，说明病位以肾督经脉为主。因此，加用活血药，促进肾督经脉气血运行，既可缩短疗程，又有显著的止痛作用。如治冯某，女，23岁，农民，1995年11月21日初诊，于1年前出现膝关节疼痛，1月后又感腰骶部及脊柱疼痛，痛处拒按，部位固定，日轻夜重，翻身困难，晨起或久坐后起立时腰背僵硬尤甚，活动后可缓，解每逢气候变化或寒冷时均感加重，并伴双髋、双膝关节疼痛，经多次更医治疗，均无明显好转。舌淡红略暗，苔薄白，脉弦紧。查：双侧骶髂关节压迫痛，骶髂关节定位试验、床边试验均阳性。X光摄片示：双骶髂关节模糊，关节间隙增宽。查血ESR48mm/h，c－RP＞10mg/L，ASO625V。诊断为强直性脊柱炎。辨证为风寒湿痹，治以祛风散寒，活血止痛。处方：制川乌、威灵仙、桂枝各12克，防风10克，豨莶草、薏苡仁各30克，透骨草、千年健、寻骨风、石楠藤、桑寄生、川芎各15克，穿山甲10克，土元6克，加黄酒煎服。12月9日复诊，关节疼痛减轻，晨僵已不明显，守上方继服。1996年2月18日复诊，疼痛消除，查血ESR、c－RP、ASO均正常，上方制川乌减为9克继服。3月15日复诊，无任何自觉症状，验血均正常。嘱服壮腰健肾丸巩固疗效。

本病具有痛处拒按，部位固定，日轻夜重，翻身困难，晨起或久坐后起立时腰背僵硬尤甚，活动后可缓解等血瘀证候特点，治疗时。若只祛邪，而忽略活血或以平和之活血药，则难以使气血畅通，迅速驱邪。故朱老师于方中加入穿山甲、土元等虫类活

血药物加黄酒煎服，以增强活血通经，根除顽疾之功，达到治愈目的。

（三）补益肾督法

本病病变主要在腰骶部及脊柱，随着病情的发展，骨质受损严重，易出现脊柱强直和畸型，发生功能障碍。说明随着病情的进展，肾虚证候越来越突出。因此，朱老师常用生熟地、山茱萸、桑寄生、淫羊藿、狗脊、杜仲、续断、鹿角胶（霜）、制附子等药物补益肾督。如治李某，男，21 岁，1995 年 11 月 3 日初诊。腰骶部及脊柱疼痛，晨僵 1 年，伴双肩、双肘、双膝关节疼痛，舌淡苔薄白，脉沉细。X 光摄片示：双骶髂关节硬化，增宽，脊柱骨质疏松，骨突关节模糊。诊断为强直性脊椎炎。辨证为肾督空虚，寒湿痹阻。处方：制川乌、山茱萸、当归各 12 克，鹿角胶 10 克，桑寄生、豨莶草各 30 克，熟地 24 克，狗脊、续断、石楠藤、杜仲、川芎各 15 克，日 1 剂，水煎服。2 月后复诊，晨僵消除，疼痛减轻。继服上方 2 个月后再诊，述仅在劳累时有隐痛感，守上方隔日 1 剂，继服 2 月以巩固疗效，半年后随访，未复发。

朱老师认为：腰为肾之府，肾主骨生髓，督脉总督一身之阳，贯脊直上，故肾督空虚是本病的内因，风寒湿邪乘虚侵袭是本病的外因，内外合邪形成本病。因此，将补益肾督贯穿于治疗的全过程，并随肾虚的侧重不同而组方用药，从而收到了理想的疗效。

（四）搜风通络法

强直性脊柱炎发病既有腰脊强痛，转侧不利，又有遇风寒则痛甚等症状，说明风邪不但客入足太阳经、足少阴经，也入督脉。发病后往往内外合邪、表里俱病，因此，部分病人病情顽固，邪伏较深。平和之品难以取效，朱老师于方中加入虫蚁之类搜风通络，使经行络通，邪去正复，疗效大增。常用白花蛇、蜈

蚣、全蝎等药搜剔窜透。如治王某，男，29岁，1994年11月23日初诊。腰脊强痛3年，曾多次服消炎痛、布洛芬及中成药，疼痛只能暂时缓解，症状却逐渐加重，舌淡红苔薄白，脉紧。X光摄片示：左骶髂关节模糊，关节间隙增宽。血ESR、C反应蛋白均正常。诊断为强直性脊柱炎。辨证为风寒湿痹，处方：制川乌、红花、威灵仙各12克，细辛、防风各10克，薏苡仁30克，川芎、桑寄生、杜仲、石楠藤、透骨草各15克，全蝎6克，蜈蚣2条，日1剂，水煎服。连服2月后，晨僵消除，疼痛减轻。1995年3月14日复诊时，疼痛消除，守上方将制川乌改为9克，继服3月巩固疗效。

（五）化痰通络法

部分病人由于反复不愈，久病入络，经络不通，气血壅滞，致津液不能正常输布，凝聚成痰，痰瘀互结，阻闭经络，深入骨骱，故可见到关节肿胀、畸形，舌淡紫苔白腻，脉沉涩等痰瘀交阻症状。配伍化痰药物可有助于消除关节肿胀等症状，常用白芥子、半夏、南星、白术等药。如治李某，男，18岁，农民，1995年7月11日初诊。4个月前，因腰骶及脊柱疼痛在我院诊为强直性脊柱炎，服中药治疗（用药不详）后，症状减轻，因未能坚持用药，病情逐渐加重，现腰骶部、脊柱疼痛强直，晨僵，伴双髋、双膝及双踝关节疼痛并有肿胀，舌淡紫苔白略腻脉沉涩。X光摄片示：双骶髂关节模糊，骨质疏松，方形变。ESR、C反应蛋白正常。诊断为强直性脊柱炎。辨证为痰瘀闭阻，处方：制川乌、桃仁、红花、威灵仙各12克，豨莶草30克，川芎、石楠藤、桑寄生各15克，白芥子10克，天南星、全蝎各6克，蜈蚣2条，日1剂，水煎服。9月23日复诊，疼痛减轻，关节肿胀消除，守方继服。12月7日复诊，关节已不疼痛，只在劳累时有隐痛感，守上方隔日1剂，继服2个月巩固疗效。

十三、运用豨莶草治疗痹证经验

（一）祛风除湿

风湿痹证初发，主要表现为关节、肌肉、筋骨处疼痛或肿大，此时以邪实为主，朱老师多以祛风除湿、散寒止痛之法治之，组方用药时加用豨莶草，并重用之。

病例1：李某，女，16岁，1995年7月11日初诊。

1年前出现对称性手指关节疼痛，以双手第1、2掌指、指间关节为甚，晨僵，每遇寒凉则痛甚，就诊时已向上发展至双腕关节。检查：双手1、2掌指及指间关节均有挤压痛，舌淡红、苔薄白，脉弦。查血RF（+）诊断为类风湿性关节炎。辨证为风寒湿痹。药用：制川乌12克，丁公藤15克，威灵仙12克，川芎12克，红花12克，炙黄芪30克，豨莶草30克。每日1剂，水煎服。8月15日，关节疼痛减轻。9月8日，疼痛基本消除，仅有轻微挤压痛。11月13日，疼痛及挤压痛消失，查血RF（－），守方继服1个月巩固疗效，半年后随访未复发。

按：豨莶草对痹证的治疗作用，正如《本草正义》中所说："凡风寒湿热诸痹，多服均获其效，洵是微贱药中之良品也"。朱老师认为气血未伤者，及时应用祛风湿药，并重用豨莶草祛风除湿，逐邪外出，不但近期疗效好，而且远期疗效巩固，是理想的祛风湿药物。

（二）补血活血

患者由于风寒湿痹日久不愈，反复发作，可损及气血。若过于疏散，强求速效，反致气血进一步耗伤，使病程延长。因此，治疗上既要祛风除湿，又要补血活血，才能扶正祛邪，以求根治。

病例2：冯某，女27岁，1995年6月13日初诊。

双膝、双踝、双腕关节游走痛7个月，本院诊为风湿性关节

炎，采用青霉素、强的松、阿斯匹林等治疗后疼痛缓解，近因停药而痛甚，遇凉加重，体倦乏力，唇舌色淡，脉细。查血常规：Hb98g/L，WBC12.7 × 10^9/L，N0.80，L0.20。ESR38mm/h。ASO625U 辨证为风寒湿痹，气血亏损。治宜祛风除湿，养血活血。药用：制川乌 10 克，白芍 15 克，炙黄芪 30 克，防风 10 克，白术 15 克，豨莶草 30 克，丁公藤 15 克，红花 12 克，川芎 12 克，当归 15 克，鸡血藤 30 克，水煎服。服 30 剂后，疼痛基本消除，唇舌淡红有华，脉缓，守方再服半月，巩固疗效。

（三）强壮筋骨

由于豨莶草不但有祛风湿作用，经酒蒸制后，于祛风湿中寓有补肝肾之效，因而用于筋骨疼痛日久，肝肾不足，腰膝酸软者，还可发挥其强壮筋骨作用。

病例 3：王某，男，24 岁，1995 年 4 月 18 日初诊。

4 个月前，自觉腰骶部及腰椎疼痛、发僵，遇风寒加剧，转侧不利，腰膝酸软，疼痛沿膀胱经掣引至足跟部，轻微活动可减轻，舌淡红、苔薄白，脉沉、两尺无力。X 光片示：双骶髂关节及脊柱小关节模糊。查血 ESR45mm/h，c 反应蛋白（－）。诊为强直性脊柱炎。辨证为肝肾不足，督脉空虚，风寒侵袭。药用：制川乌 12 克，千年健 15 克，透骨草 20 克，豨莶草 30 克，狗脊 15 克，炒杜仲 15 克，怀牛膝 15 克，鹿角霜 12 克，骨碎补 15 克，桑寄生 15 克，川芎 12 克，红花 1 2 克。药进 20 剂，疼痛已明显减轻，腰膝有力，僵硬感消除。再进 30 剂，腰椎及骶部疼痛基本消除，查血 ESR、c 反应蛋白正常。继服 30 剂，以善其后。

按：足太阳膀胱经挟脊抵腰中，足少阴之脉上股人臁，贯脊属肾，督脉贯脊直上。当肝肾不足，督脉空虚时，风寒湿邪乘机侵袭，内外合邪，损伤肝肾，形成本病。故治当补泻兼顾，强健筋骨，并根据虚实侧重不同相应用药。《本草述》称豨莶草“凡

四肢麻痹、骨间痛、腰膝无力，……若内因属肝肾两虚、阴血不足者，九制用，不宜生”。朱老师认为本品并非象狗脊、杜仲、续断、骨碎补等药物那样直接具有较强的补肝肾强筋骨作用，而是通过祛风除湿，祛除病邪，使邪去正安，阴阳恢复相对平衡，间接起到补肝肾、强筋骨作用，故须经过适当配伍，才能达到治疗目的。

（四）降低血沉

风湿痹患者中往往 ESR 增快，ASO 增高，是病变活动及产生免疫反应的标志。因此，治疗本病时既要消除痹痛，又要使 ESR、ASO 复常，才能有效的控制病情。朱老师研究治疗风湿痹证几十年，在吸取总结民间验方的基础上，结合个人用药经验，对于 ESR 持续增快，ASO 增高不降者，辨证用药时加用豨莶草，往往收效迅速。

病例 4：刘某，女，27 岁，1996 年 11 月 18 日初诊。

游走性大关节疼痛 2 个月，依次为左膝、右膝、双踝、左腕关节，肢体酸楚，屈伸不利，得温则舒，舌淡红、苔薄白，脉浮紧。无环型红斑及皮下结节，查血：WBC11.7×10^9/L，N0.81，L0.19。ESR56mm/h。ASO625V。诊断为风湿性关节炎。某医处方为制川乌 10 克，防风 10 克，桂枝 10 克，乌梢蛇 15 克，威灵仙 10 克，当归 12 克，川芎 10 克，羌活 10 克，独活 10 克。药进 20 剂，疼痛略减，ESR、ASO 不降，朱老师诊之，以上方加豨莶草 30 克，15 剂后痛减，再进 20 剂，痛除，查血 ESR、ASO 均正常，嘱守方再服 2 周，巩固疗效。

按：风湿病变过程中，ESR 增快，ASO 增高，说明病情较重或处于活动期。本病例加用豨莶草后，ESR、ASO 恢复正常，提示豨莶草治疗风湿痹证，不仅能缓解疼痛还可能有调整免疫功能的功效，值得进行临床深入研究。

（以上由夏俊杰、曹忠贞编写）

十四、尪痹的治疗经验

一、定义及概况

尪痹乃中医痹证之一，是由风寒湿邪客于关节，气血痹阻，导致以小关节疼痛、肿胀、晨僵为特点的疾病，本病指类风湿性关节炎。现代医学认为本病是一种以关节病变为主的慢性全身性的自身免疫性疾病，常伴有关节外的临床表现。在古代中医文献中，有不少类似的记载，如《辞源》："尪，骨骼弯曲症。"《吕氏春秋》："苦水所，多尪与伛人。"《素问·痹论篇》："肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头。"《素问·逆调论》中说："……病名曰骨痹，是人当挛节也。"《金匮要略》"中风历节"篇说："诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱……。"《医学入门》说："骨节痛极，久则手足蜷挛……甚则身体魁瘰"等。1981 年由焦树德教授提出，至 1983 年中华全国中医学会痹病学组决定统一采用尪痹病名，1995 年中华人民共和国中医药行业标准采用这一病名，并特指类风湿性关节炎（见定义）。朱老师认为：本病有不同于其它痹证的病因病机及发病规律，治疗方法也应有区别，本病的确立，有利于专项研究，总结经验，进一步提高诊治水平。近年的流行病学调查显示：国外的发病率为 0.25%，有的高达 2.5%，国内的发病率约 0.4%，男女之比约 1：3，几乎可发于任何年龄，发病的高峰区在 20～45 岁之间。临沂属沂蒙山区，风寒湿邪较重，故人群发病率可能高于全国平均水平。

二、病因病机

类风湿性关节炎的病因与发病机理至今尚未明了，目前认为主要与自身免疫有关。（一）免疫因素：在发病初期，机体在某未知抗原（如细菌、病毒等）以及环境因素（寒凉、潮湿、创伤

等）作用下，T淋巴细胞功能失调，浆细胞产生特殊抗体IgG，其发生变性从而获得抗原性，然后刺激机体产生抗体，即RF，它又与滑液中变性的IgG结合，形成复合物沉积在滑膜和滑液中，从而激活补体系统，导致关节滑膜和软骨等破坏。后期反应的延续，有人认为是原发病因的持续存在使宿主产生持久性免疫反应，亦有人认为是内原性自身持久性扩大机制取代了原发病因的刺激使疾病继续发展。（二）遗传因素：目前认为本病与遗传因素有关，关系较为密切的有HLA－DR－4抗原等，遗传基因不正常，造成易感性。（三）感染因素：许多人怀疑感染是本病的病因，但在患者体内尚未找到可重复性的直接依据。（四）风湿寒性因素：据调查，本病患者在发病前多数有外邪侵犯史，提示本病的发生可能和其有关。其病理变化先发生在关节滑膜，然后是关节软骨、韧带、肌腱等，以及全身各结缔组织受累。临床表现主要是关节疼痛、肿胀、晨僵、活动障碍、畸形，可伴有关节外表现及全身表现。关节受累常从四肢远端的小关节开始，初起常1～2个关节，以后逐渐发展为对称性多关节。诊断标准依据1988年4月全国中西医结合风湿类疾病学术会议修订标准或1987年美国风湿病学会（ARA）修订标准。应注意和强直性脊柱炎、风湿性关节炎、增生性关节炎及痛风等相鉴别。

朱老师认为：本病的中医病因病机极为复杂，涉及因素较多，概括起来主要有邪、瘀、虚三方面。

（一）邪

外邪侵入人体是导致本病的主要因素，病因有风、寒、湿、热等，《素问·痹论篇》曰："风寒湿三气杂至，合而为痹。"其发生和季节气候异常、居住环境欠佳、起居调摄失宜有密切的关系。《儒门事亲》："此疾之作，多在四时阴雨之时……辛苦失度，触冒风雨，寝处津湿，痹以外入"《普济方·诸痹方》"此病盖因久坐湿地，及曾经冷处睡卧而得。"《素问·五脏生成篇》："卧出

而风吹之，血凝于肤者为痹。”邪气侵入后，经络痹阻，气血运行不畅，关节筋脉失养，不通则痛，发为本病。如人素体阳虚，则形成寒痹；如素体阳盛，则寒邪从阳化热，或直接感受热邪而致风湿热邪流注经络，痹阻筋脉关节，形成热痹。尤在泾在《金匮翼》中说：“热痹者，闭热于内也……，脏腑经络，先有蓄热，而复遇风寒气客之，热为寒郁，气不得通，久之寒亦化热……。”在我国很多省市进行的流行病学抽样调查结果亦有类似的结论，如河南省中医院娄玉钤等调查后称：从统计结果来看，寒冷、潮湿、受风是三个最重要的外因，三者中又以寒邪致病最多。

（二）瘀

指痰浊瘀血，是人体受多种致病因素作用后，在疾病过程中形成的病理产物，这些病理产物能直接或间接作用于人体，引起本病。《类证治裁·痹证》曰：“必有湿痰败血瘀滞经络。”常见的原因为饮食所伤、七情郁结、外伤等。如暴饮暴食、过食肥甘等，损伤脾胃，运化失常，水湿停聚，化为痰浊。或七情郁结，气机运行失和，血停为瘀，或外伤经脉受损，血行不畅或血溢脉外，留滞局部，形成瘀血，痰浊瘀血痹阻经络，气血运行不畅，筋脉失养成为本病。

现代研究显示：血瘀（微循环障碍）是类风湿性关节炎明显的病理现象之一，著名风湿病专家王兆铭观察本病 30 例，发现几乎均有 2～3 级微循环障碍及血液粘度的增高。现代医学认为：在人情绪处于应激状态时，体内儿茶酚胺浓度升高，大脑皮质的生理活动通过下丘脑神经激素的分泌引起内分泌系统和免疫系统的一系列变化，导致免疫功能紊乱，但是否发病或发病种类，取决于个体差异这个重要因素。在临床上常见因长期情绪刺激而致发病或病情加重的情况。如高××，男，45 岁，教师。工作较好，但因周围关系未处理好，在评定职称时未能如愿，遂致情志抑郁，闷闷不乐，半年后出现手指、足趾小关节对称性疼痛、肿

胀、晨僵，有皮下结节，查血沉增快，RF（+），诊断为类风湿性关节炎。呈急性发展，曾到北京等地治疗，效果均欠佳。

痰瘀作为病理产物，又作为致病因子参与了发病过程，使病变进入恶性循环，缠绵难愈，日渐加重。

（三）虚

虚，指正气不足，即人体精、气、血、津、液不足或脏腑组织功能低下，常见原因有先天禀赋不足，劳逸过度及病后、产后等。先天不足是本病发生的不可忽视的因素。喻昌《医门法津》曰："多因先天所禀，肾气衰薄，随寒凝聚于腰膝而不解……。"先天不足，则肾阴肾阳亏虚，肾为一身之根本，肾气肾阳亏虚则元阳不足，卫阳不固，易感邪发病；脾阳根于肾阳，肾虚脾亦虚，脾阳失于温运，运化失常，聚湿生痰，阻闭经络，气血运行不畅，可形成本病。肾阴亏虚则水不涵木，肝阴亦亏，肾主骨，肝主筋，肝肾不足，筋骨失养，不荣而痛，发为本病。现代医学研究观察，有遗传倾向者占 3%～10%。劳累过度能耗伤正气，如《素问·宣明五气篇》："五劳所伤，久视伤血，久卧伤肉，久立伤骨，久行伤筋。"正气不足，使抵抗力下降，邪气易于侵入而发病。病后因邪气耗损，正气不足或阴阳尚未完全调和，易感邪而发病；产后由于血脱，往往气随之也脱，以致气血双虚，防护不密，感邪而发病。如杜××，女，31 岁，农民，1995 年 12 月 9 日来诊。于产后 1 个月出现双侧手足小关节疼痛、肿胀、晨僵，查 ESR 26mm/h、RF（+）、CRP＞10mg/l，诊断为类风湿性关节炎。这种情况比较常见，现代医学研究认为，与产后体内激素水平急骤变化有关。另外，妇女在绝经期易出现本病，也和激素水平有密切关系。气血、津液亏虚，关节筋脉失于濡养，也会不荣而痛，发为本病。

在邪、瘀、虚三者中，正气亏虚是发病的内在因素，所谓"正气内存，邪不可干；邪之所凑，其气必虚"。正气不足，脏腑

功能失调，人体抵抗力下降，邪气更易内侵而发病。痰瘀可因脏腑功能减弱而产生，也可因邪气侵袭，寒凝血瘀，湿聚成痰而产生，反过来作为病因，阻闭经络，使气血运行不通，关节失养而发病。另一方面，痰瘀亦可耗伤正气，使正气更加亏虚。外邪侵袭是发病的重要条件，一般来说，单纯正气虚而无外邪侵袭，不易形成本病。邪气侵人，阻闭经络，气血运行不畅而发为本病。同时邪气与正气相争，日久亦耗伤正气，使机体气血阴阳皆亏。三者互相影响，"不通"、"不荣"同时存在，病情变的更为复杂。

在本病中，关节疼痛、晨僵、肿胀、变形为主要表现。疼痛的发生和"不通"、"不荣"有关，不通，指各种原因导致的经络闭阻，气血运行不畅，不通则痛；不荣，指脏腑功能低下，气血津液亏损，机体组织失于温养，不荣则痛。当然，有时二者夹杂出现，相互为用，不通引起局部不荣，不荣又引起局部不通，使疼痛经久难愈。晨僵主要由痰湿、寒凝或阳虚引起，湿或痰为阴邪，其性粘滞，痹阻肢体经络，形成晨起较重，活动时阳气得以伸发，促使湿痰移动，故见减轻；寒凝或阳虚则因晨起时阳气初生，相对较弱，故见加重，而活动后阳气升发，阳盛逐寒，故见减轻。关节肿胀变形，是因外邪侵袭关节，阻止经脉气血运行，血停为瘀，湿聚生痰，或脾虚生痰，痰瘀流于关节，使之肿胀粗大，若积久不去，则导致僵直变形。

三、治疗方法及用药

本病的西医治疗主要有3大类药物，一类是非甾体抗炎药，常用的有消炎痛、布络芬、萘普生、扶他林等，主要作用机制是抑制前列腺素介质的合成，特点是抗炎止痛疗效好，毒副作用较小，但会掩盖症状，延误病情，需配合其它药物同时使用。二类是诱导缓解药，常用的有金制剂，如硫代苹果酸金钠水剂、瑞得(口服)、氯喹、D－青霉胺等，此类药物能阻止病情的发展，达到缓解的目的，但疗效缓慢，至少要2～3个月，有一定的副作

用，常需和一类药物同时使用，等起效后再逐渐撤除一类药物。三类是免疫抑制剂，常用药物有硫唑嘌呤、环磷酰胺、甲氨喋呤、环孢菌素 A 等，能抑制免疫炎症反应，阻止病情的发展，起效较慢而且药物毒性较大。一般用于一二类药物无效的病例。其它药物还有肾上腺皮质激素，胸腺素以及一些生物制品等，可酌情配合使用。

中医治疗方面，主要为祛风散寒除湿、活血化瘀、益气养血、滋补肝肾、搜络逐邪之虫类药及清热利湿类药。从以往的报道来，平均有效率 91.7%。朱老师治疗本病重视以下几法。

(一) 祛外邪

朱老师认为：在本病中外邪存内是最重要的，普遍存在于各个时期。虽然正气不足，气血阴阳亏虚是邪气内侵的条件，但单纯正气衰弱不易造成此病，常需加外邪乃得此病。并且邪气日久，致使正气更亏，病人机体更衰弱。所以，治疗以祛外邪为主的原则应该贯串于各期的治疗之中，不仅能解除致病之因，亦有利于正气的恢复，所谓“邪去则正安”。

1. 首重祛风散寒除湿

风寒湿邪是本病的重要致病因素，寒性收引，其性凝滞，所以每致气血泣而不行，不通而痛，病变部位的疼痛是几乎每个病人都具有的症状，也是最痛苦的症状，故需要优先解决。风为阳邪，善行而数变，《内经》谓“百病始于风”，风邪侵袭皮毛，腠理疏松，为寒湿之邪内侵打开了门户，且风为先导，走经窜络，致使多处发病。病人病变部位有肿胀，这是湿邪致病的特点，而病情反复发作、缠绵难愈，亦是湿邪的特征。所以在本病的治疗上，首先要祛风散寒除湿，《医宗必读·痹》曾谓：“治行痹者，散风为主，御寒利湿仍不可废，大抵参以补血之剂，盖治风先治血，血行风自灭也。治痛痹者，散寒为主，疏风燥湿仍不可缺，大抵参以补火之剂，非大辛大温，不能释其凝寒之害也。治着痹

者，利湿为主，祛风解寒亦不可缺，大抵参以补脾补气之剂，盖土强可以胜湿，而气足自无顽麻也。”值得深入研究，灵活应用。

朱老师在具体运用上，充分注意三者兼顾以及与之相关的治法。寒邪为主者，治以散寒之品，重用温阳之药，佐以祛风除湿，活血通络。寒邪致痛，是病人最痛苦的症状，最需要迫切解决，痛则不通，通则不痛也，重用温阳之品以散寒邪，可以除湿通闭，迅速达到止痛的目的。寒邪易致血瘀，反过来，活血通络亦应有助于散寒。风邪偏胜者，以祛风为主，兼用散寒除湿之品，再加活血之剂，古人谓：“治风先治血，血行风自灭也。”湿邪偏胜者，治以除湿为主，兼以祛风散寒，再加活血、健脾之药。祛风散寒之品多温药，古人谓：“治湿当以温药和之。”故对除湿亦有帮助；湿性粘滞，易阻络不通，活血能够通络，有助于除湿。健脾为除湿治本之法，盖脾主运化水湿，脾虚则水湿四溢，脾健则水湿渐除。

临床上常用的祛外邪药物有：制川乌、制草乌、桂枝、防风、羌活、独活、秦艽、威灵仙、豨莶草、丁公藤、络石藤、清风藤、寻骨风、制马钱子、细辛、透骨草等。朱老师创制并已使用20余年的息风湿灵，主药即是丁公藤和制川乌，通过对152例风寒湿型痹证（包括风湿性和类风湿性关节炎）的临床观察，总有效率为91%，本项科研成果已获1996年临沂市科技进步奖。

朱老师尤重祛风散寒除湿的特点，是因处于沂蒙地区所决定的，早年这里生活贫苦，室外劳动繁重，并且是山区，病人多风寒湿之证；另外，部分病人于发病初期在当地卫生院使用了大量抗生素、非甾体类药物及激素等，使急性炎症期已过，至来诊时已处于慢性期，亦多呈现寒象。我对近2年的病人证型做过统计分析，风寒湿为主者约占75%以上，其次是痰瘀互结、虚痹，表现为热痹者很少。根据因地制宜的辨证原则，首重祛风散寒除

湿是适宜的。

2. 清热利湿

朱老师认为：本病之热多因风寒之邪郁久化热，热邪直接侵入形成者较少，其治疗虽以清热通络为大法，但此时亦应酌情加用川乌等散寒止痛之品，一则此类药止痛作用强，于大剂清热之品中配伍应用，只取其止痛之力，而无碍清热之功；二则本病根由风寒之邪侵犯经络关节，化热只是部分之邪，当仍有一些风寒之邪留在经络关节，不可忽视；三则配伍使用少量温热药，可防止寒凉药过甚伤阳，阳气损伤，则不利于除湿。

临床上常用的清热利湿通络药物有：苍术、黄柏、薏仁、防已、木通、牛膝、海桐皮、海风藤、忍冬藤、秦艽、桑枝、虎杖等，如热象明显，还用生石膏、知母、生地、土茯苓、蚤休等。另外，如热毒盛极，可加用双花、连翘、地丁、公英、贯众、黄连、黄芩等，如热盛及血，加水牛角、赤芍、丹皮、紫草等。

热痹在临床中虽然发病的比例较少，而一旦出现，则病情急重，关节红肿热痛等症状明显，病人痛苦大，且常常病变进展迅速，关节活动障碍明显，甚者可出现一些内脏的损害及血管的病变，不及时治疗，危害较大，所以应引起足够的重视。

（二）祛瘀通络

痰瘀作为病理现象，多见于病程日久或年老患者，使疾病顽固难愈。邪气侵袭，湿邪停滞，聚而成痰，或湿邪困脾，脾失健运，水湿运化失常，聚而生痰，流窜关节筋脉肌肤而发病，是导致关节僵直、变形、皮下有结节肿块的重要原因。血瘀也是较为普遍的病理现象：邪气侵袭，经络受阻，气血运行不畅，血停为瘀，脏腑功能失调，正气不足，血运无力，即可出现血瘀，久病入络，也是血瘀。朱老师很重视应用化痰祛瘀药，认为化痰祛瘀是解决病情反复发作、持续不解、关节变形及皮下有结节的重要方法，在祛邪的同时，结合使用，可显著提高疗效。许多人曾用

活血化瘀药为主治疗此类疾病，取得了满意的疗效。通过活血化瘀，改善微循环，增加血流量，有利于营养物质的供给和有害物质的排泄，促进受损害组织的修复。

常用化痰药有白芥子、半夏、僵蚕、制南星、大贝母等，随证加减。朱老师为此专门研制了风湿2号胶囊，现已定型生产，主药有白芥子、血竭、麝香等，对于关节肿胀、变形明显者配伍应用，能取得很好的效果。

再者祛痰时还要注意健脾，脾为生痰之源，如能使脾气康健，则痰不自生，此是治病求本之法，若只祛痰而不治本，则旧病去，新病加，病必不去。常用健脾药如白术、茯苓、党参、人参等。

常用的祛瘀药有：川芎、红花、丹参、郁金、苏木、血竭、乳香、没药、鸡血藤、土元、赤芍、丹皮、紫草等。在经验方"息风湿灵"中，5味药里面，就有川芎、红花两味，所占比例甚大，正是这一治疗指导思想的体现。

另外，在活血化瘀中要注意理气药的配伍应用，"气为血之帅，血为气之母"，气行则血行，加用理气药，可以增强活血化瘀的功效。常用的理气药如香附、乌药、陈皮、檀香、木香等。

鉴于本病经络不通是基本病理现象，所以要用通络药物，常用药如麝香、威灵仙、白芥子、炮山甲、土元、全蝎、蜈蚣等，特别是虫类药，通络之力尤胜，配合使用能提高疗效。朱老师也专门为此研制了风湿1号胶囊，主药有全蝎、土元、蜈蚣等，对于关节疼痛较重，久治不效的患者配合使用，经临床观察，增效明显。

（三）扶正

1. 补气血

气血亏虚是诸多病人的常见表现，乃因邪气侵袭，耗伤气血而亏虚；或脏腑功能失调，气血生化无源，导致其不足。所以应

益气养血，通过扶正固本，增强正气，提高防护能力，使邪不再犯，同时可增强祛邪外出的力量，有利于邪气的祛除，则邪去而正安。朱老师强调，补血莫忘益气：气为血之帅，无气则血不能速生；补气莫忘养血：血为气之母，无血则气无所生。在治疗中益气与养血法合用可以增强和巩固疗效，常用的药物有：人参、党参、黄芪、白术 、甘草、熟地、当归、白芍、枸杞等。

2. 益肝肾

本病病变都在关节筋脉，骨属肾，筋属肝，若肝肾亏虚则筋骨失荣，风寒湿之邪易乘虚入侵，闭阻经络，发生本病，而久病之人肝肾亏虚也是必然结果。所以重视用滋补肝肾之法是历代医家所倡导的，朱老师在具体运用时又有治肝、治肾、肝肾同补等多种方法，依据辨证结果灵活使用。常用药物有：仙灵脾、补骨脂、狗脊、杜仲、川断、骨碎补、寄生、菟丝子、熟地、山萸肉、首乌等。

现代医学认为：类风湿性关节炎与人体的免疫功能紊乱有直接的关系，调节免疫是治疗此类疾病的重要方法，据药理研究证实，补气血、益肝肾的中药，大多有调节免疫的功能，如黄芪、白芍、当归、白术、人参、川断、寄生、仙灵脾、巴戟天等，所以，注意运用能收到好的效果。

（四）积极配合外治

由于本病的发病部位多位于四肢关节，应用外治法较为方便，可以使药物通过毛窍，直达病所，作用更直接，治疗更专一，所以内外合治，更有利于疾病的治疗，常用方法如熏、洗、贴、拔罐、离子导入、红外线加热、微波等。经验方苏木洗剂（苏木、透骨草、红花、生艾叶等）煎液外洗，在内服其它药的同时配合使用，能增强疗效，加速好转。方中苏木性味甘咸辛平，咸能入血，辛可走散，功能活血化瘀，消肿止痛；红花辛散温通，有活血通经，祛瘀止痛之功；透骨草功能祛风胜湿，活血

止痛；莱能软坚消痞，外用功效很好；艾叶能温气血、温经脉而除寒湿。诸药合用有祛风除湿、活血止痛之功效。

（五）注意加强调护：

朱老师强调，在本病的治疗中，调护措施亦是很重要的，应让病人全面掌握、充分配合。有的因本病进展缓慢，对后果及危害性认识不足，听之任之，放弃治疗；有的因治疗起效慢、疗程长，常有急躁或悲观情绪，不能积极配合治疗。因而应让病人充分了解情况，树立战胜疾病的信心，保持乐观情绪，坚持合理的治疗。如让病人劳逸结合，避免风寒湿诸邪的侵袭，排除外邪因素。饮食合理，营养得当，增强体质，扶助正气，增加抗病能力。医生运用语言、表情、态度和行为等去影响并改变患者的认识、情绪和行为，减轻患者的心理和躯体的痛苦。另外，本病易致关节畸形，应指导病人进行合理的功能锻炼，以最大限度的保护关节功能。如关节可动度训练、日常生活活动训练、作业疗法等，但不可操之过急，要遵循“慢动作、大幅度、中小量、循序渐进、持之以恒”的原则。同时要注意局部关节与全身运动相结合，使之全面得到锻炼。

（六）一些药物的独特经验与运用

朱老师在多年的临床工作中细心观察，善于总结经验，对一些药物除掌握其固有的作用外，还进行了深入的观察与研究，发现了一些新的药物功效，形成了许多自己独特的经验，如豨莶草降血沉等。

（七）分型论治

由于本病的病因病机是复杂的，加上病人的体质差异、病程长短及病机的不断变化等，因而朱老师在治疗本病时，不是单用上述的那一法，而是辨证论治，几法合用，现分型介绍如下。

1. 风寒湿阻：关节肿胀疼痛，痛有定处，遇寒加重，晨僵，屈伸不利，舌苔薄白，脉浮紧或沉紧。

治法：祛风散寒除湿，佐以活血通络。

基本方：制川乌 10 克，丁公藤 15 克，豨莶草 30～60 克，川芎 10 克，红花 10 克，清风藤 15 克，寻骨风 15 克，黄芪 30 克，防风 15 克，乌梢蛇 15 克。

用法：水煎服，每日 1 剂。

述要：本型治疗以祛邪为主，息风湿灵为其核心方，制川乌用量根据病情及个体耐受量灵活掌握，豨莶草降血沉作用良好，可据血沉情况掌握用量。方中制川乌、丁公藤、豨莶草、清风藤、寻骨风祛风散寒除湿，川乌大热，能通十二经，即可散在表之风邪，又可除在里之寒湿，祛风通痹之力甚佳。清风藤性辛苦温，能搜风胜湿，舒筋除痹。据现代药理研究：川乌抗炎镇痛作用很强，可明显减轻疼痛，阻止炎症的发展，乌头碱经过久煎后变成乌头次碱，再变成乌头原碱，毒性大大降低，而作用却大大增强。清风藤具有抗炎与调节免疫的双重功能，而西药一类药物无调节免疫功能，二、三类药物无抗炎作用，所以其优势对本病来说，是不可多得的理想药物，并且毒副作用轻微。川芎、红花活血通络，改善微循环，有利于炎症水肿的消除，古人谓“治风先治血，血行风自灭”。乌梢蛇善祛风通络，能“内走脏腑，外达皮肤”，通络之力尤著。黄芪、防风，一补气，一祛风，取玉屏风散之意，固护肌表，祛邪外出。诸法合用，共奏其功。如痛重加用风湿 1 号胶囊，肿胀明显加用风湿 2 号胶囊。

2. 痰瘀互结：关节漫肿日久，僵硬变形，屈伸受限，疼痛固定，舌紫暗，苔白腻，脉细涩或细滑。

治法：散寒除湿，化痰祛瘀。

基本方：制川乌 10 克，丁公藤 15 克，豨莶草 30 克，川芎 15 克，姜黄 12 克，清风藤 15 克，寻骨风 15 克，威灵仙 10 克，白芥子 6 克，制南星 6 克，土元 6 克，蜈蚣 1 条。

用法：水煎服，每日 1 剂（后 2 味药研末服）。

述要：本型治疗是在祛风散寒除湿的基础上加用化痰祛瘀药，方中制川乌、丁公藤、豨莶草、寻骨风作用同前。重用川芎、姜黄及土元活血祛瘀。川芎辛温香窜，走而不守，能上行头巅，下达血海，外彻皮毛，旁通四肢，为血中之气药，而止痛作用亦很好。姜黄辛苦而温，辛温相合，能外胜寒湿，内破瘀血，以其辛散横行，长于行肢臂而能通利筋脉，疗治痹证。土元破瘀之力较大，与蜈蚣合用，通络止痛作用卓著。白芥子、制南星化痰通络，南星苦温辛烈，开泄走窜燥湿作用很强，对经络风痰、顽痰疗效很好；白芥子辛温气锐，性善走散，能豁痰涎、利气机、宽胸膈、通经络，古人谓“痰在胁下皮里膜外者，非此不能除”，对痰留经络、肢体疼痛有良好作用，威灵仙祛风除湿，能通十二经。所以诸药合用，效果较好。如血瘀重，可再加乳香、没药、山甲等；痰浊重加用风湿2号胶囊，本型尤其要注意虫类药的应用。

3. 虚痹：关节肿胀、畸形、晨僵、活动不利，或腰膝酸软，畏寒怕冷，或头晕耳鸣、低热，或心悸气短、麻木不仁，舌淡苔薄白，脉细。

治法：扶正祛邪。

基本方：制川乌10克，丁公藤15克，豨莶草30克，五加皮12克，丹参30克，炙黄芪30克，当归15克，寄生15克，川断15克，仙灵脾15克，全蝎10克，乌梢蛇10克。

用法：水煎服，每日1剂。

述要：本型治疗应扶正补虚和祛邪同用，并根据气血、阴阳偏虚的具体情况，用药时有所侧重，预计疗程长，要让病人坚持治疗。方中制川乌、丁公藤、豨莶草、全蝎、乌梢蛇等作用同前。黄芪、当归、寄生、川断、仙灵脾、五加皮等扶正，使筋脉关节得养。气血亏虚重用黄芪、当归、加用人参、白术、白芍、枸杞等药；肝肾阴亏加熟地、首乌、山萸肉等；肾阳不足加巴戟

天、补骨脂、杜仲、骨碎补等。

4. 热痹：关节红肿热痛，活动受限，晨僵，发热或伴下肢皮肤破溃、咳嗽等症，舌红，苔黄，脉滑数。

治法：清热利湿，活血通络。

基本方：生石膏 30 克，知母 15 克，制川乌 10 克，豨莶草 60 克，苍术 12 克，土茯苓 30 克，黄柏 6 克，忍冬藤 45 克，清风藤 15 克，木防己 10 克，赤芍 30 克，丹皮 30 克。

用法：水煎服，每日 1 剂。

述要：本证型相对较少，但发病急、病情重，有些可有并发症，所以治疗要高度重视。方中石膏、知母取白虎汤之意以清热；苍术、黄柏、忍冬藤、豨莶草、木防己、土茯苓、清风藤清热利湿通络；赤芍、丹皮凉血活血。寒凉方剂中用辛温之川乌一味，其意有二，一取其很强的消炎镇痛作用，二是寒温并用，防止寒凉过甚伤阳，使湿不易去。诸药合用，是以有效。

十五、手部骨痹的治疗经验

手部骨痹是骨痹的一部分，相当于现代医学的手骨性关节炎，因其常发于手之指间关节，也可有晨僵及关节变形等，故极易和类风湿性关节炎混淆，但二者之间在发病机理及治疗上差异很大，且与其他部位的骨性关节炎在治疗上亦有所不同，所以应该引起临床重视。治疗上有如下特点：

（一）首重诊断

诊断的正确与否，直接关系到治疗的效果及预后，所以尤应引起注意。手骨性关节炎的基本病变为关节软骨变性和增生；而类风湿性关节炎是自身免疫性疾病，主要造成滑膜炎。从临床表现上看，前者主要累及手远端指间关节，有晨僵但不足半小时，

查血 RF 为阴性，X 线片可见骨质增生、关节间隙变窄、骨赘形成等，经过治疗和休息可较快缓解；而后者则多发于手近端指间关节、指掌关节，病变呈持续性、对称性和进行性，晨僵多在 1 小时以上，RF 阳性者达 75％以上，X 线片常见关节软骨破坏、骨性强直、关节面融合等，需经过长期治疗才能缓解。另外，手骨性关节炎和颈椎、腰椎等部位的骨性关节炎在证候分布上亦有差异，前者以阳虚寒凝和痰瘀阻络为主，后者则肾虚髓亏、瘀血阻滞更为常见。

（二）匠心治疗

1．基本方加减

根据其病因病机及病变特点，结合多年的临床经验，确定治疗此病应以温阳散寒，化痰逐瘀为主，佐以通络止痛为治法。常用基本方加减，药物组成为：黄芪 30 克，桂枝 15 克，制川乌 10 克，丁公藤（即石楠藤）15 克，桑枝 30 克，皂角刺 10 克，白芥子 12 克，鸡血藤 15 克，川芎 12 克，当归 15 克。方中黄芪、桂枝、川乌能益气温阳，散寒止痛；丁公藤、桑枝能除湿蠲痹；皂刺、白芥子、鸡血藤、川芎、当归能化痰逐瘀，通络散结。如阳气虚弱，加干姜、力参、白术等；如寒邪明显，则重用川乌、桂枝，酌加细辛、麻黄、羌活等；如疼痛剧烈，则添土元、蜈蚣、元胡；如湿盛，酌加苍术、苡米、老鹳草；如痰瘀阻络，关节肿大变形，可加炮山甲、桃仁、三七粉；如兼关节红肿，可加黄柏、秦艽、赤芍、紫草等，减黄芪、桂枝。每日 1 剂，水煎服，一般连续服用 20 天左右，皆可收到满意的疗效。

2．外治配合

鉴于病变在肢体末端，便于外治，故常在内服药的基础上加用中药外洗，使药力由表及里，直达病所，如此内外合治，相得益彰，可尽快缓解疼痛，缩短疗程。常用方药为：透骨草 30 克、生艾叶 15 克、威灵仙 18 克、防己 15 克、苏木 15 克、红花 10

克、芒硝20克，水煎，浸洗患处。方中透骨草、生艾叶、威灵仙、防己散寒除湿；苏木、红花活血通络；外加芒硝消肿止痛。此方药物虽简，却处处切中病机，经多年应用，效果良好。

3. 注意调摄由于此病多因劳累、受寒凉等而诱发，所以要给病人讲清发病机理，嘱咐病人一定要在病变活动期注意休息及肢体保暖，避免劳累及寒凉刺激，防止病情加重和有利于病变尽快恢复，此乃《内经》“未病先防，已病防变”之意也，可以取得事半功倍的效果。

（三）典型病例

张某，女，54岁，1995年11月6日来诊。病人双手2、3、4指远端指间关节疼痛、肿胀，逐渐变形5年，每因劳累及寒凉刺激而诱发或加重，有晨僵，时间约半小时，无发热。多次查ESR、ASO、RF均无异常，查体：双手远端指间关节肿胀变形，活动受限，末节均向尺侧偏曲，扪及哈勃登氏结节，有挤压痛。左手X线片（片号：85279）示骨质疏松，指间骨间隙变窄，关节边缘有增生征象，诊断为“骨痹”（手部），西医诊断为“手骨性关节炎”。遂给予上述治疗措施，疼痛逐渐减轻，至11月20日复诊，关节肿痛消失（关节变形仍在），临床缓解。

（以上由曹忠贞、夏俊杰编写）

第三篇　临床治验

一、小柴胡汤治感冒——重视扶正祛邪

古人说“风为百病之长”是指外因为主要条件，“正气存内，邪不可干”是指内因。正气不足，机体防御功能失调，外邪侵袭特别是四时不正之气，都可以造成气血阴阳失衡。所以临床上治病，既要祛邪，又要扶正。外感病的扶正祛邪，显然桂枝汤、麻黄汤都不合适，小柴胡汤正合适。从少阳病的角度讲，和解外邪，也很贴合，所以某治感冒，常用小柴胡汤加减。以小柴胡汤为主加减治疗外感病，柴胡要用大剂量，服药后要出少量汗，如服桂枝汤一样取汗，疗效更好。偏于风寒邪重时加羌活、荆芥、防风；偏于外邪化热时加蒲公英、金银花、连翘等，有时还加炙黄芪以扶正祛邪。如恶寒重发热轻，柴胡、半夏适当用量增大，发热重恶寒轻黄芩用量增大，寒热都较轻加葛根。68 年初冬，郑某，男，职工。因早起时受风寒而致恶寒发热，汗出不畅，头痛，骨节酸痛，咳嗽咯白稠痰，咽部不适，测体温 38．5℃，舌苔薄、微黄而干，舌质偏红。余认为外有风寒，部分外邪化热，正气不足，故用小柴胡汤加蒲公英、大贝母，药用柴胡 25 克，半夏 12 克，黄芩 12 克，党参 10 克，炙甘草 3 克，生姜片，大枣二枚，蒲公英 30 克，大贝母 18 克，水煎服。在护理方面，嘱其煎药时间不可过长，温服，注意保暖，稍加衣被，服药后出少量汗，尤其不要在出汗时受凉，不宜多出汗、出大汗。一剂而体温正常，第二剂柴胡减为 20 克，药后全安。

二、半夏泻心汤疏通三焦气机——维持脏腑功能协调、阴阳平衡

气机壅滞，多由三焦不畅引发，由此脏腑功能失调、百病始生。除了常用的枳壳、青皮、香附、柴胡等疏泄肝气之类以外，可以苦辛药物相配伍促使三焦气机正常地升降出入，达到阴阳平衡。半夏泻心汤加减化裁，突出半夏加黄芩、桂枝或木香加黄连、干姜或苍术加黄柏这些寒温药并用、苦辛药合用，分别应用于疏通上、中、下三焦气机。当然气机不畅而兼阴血虚者不能用，即或使用也要配伍滋阴养血药品，对兼湿者尤适宜。1976年治王某，因患痢疾服抗菌素后，痢虽止而脘腹胀闷，如有异物阻塞感，肠鸣，恶心，纳呆，口苦，辨证为中焦气滞湿阻，以半夏泻心汤加减，方用半夏、黄芩、干姜、黄连、藿香、苍术、薏苡仁等，并嘱其禁食肥腻、甜粘等不易消化之品，做好饮食护理，服三剂而愈。又治疗王某，女，因家事不和而生气而抑郁而胸胁腹胀满，久之则化热伤阴，口渴，便干结，舌红，前医叠用疏肝理气药，症时轻时重。改苦辛升降法，用黄芩、半夏、黄连、干姜、郁金、沙参、石斛，嘱注意情志护理，防止再次郁怒伤肝，化火伤阴，忌辣物、发物，服数剂而愈。

三、内服外洗治脂膜炎，活血化瘀，通气血，消瘰块

结节性脂膜炎病因不明，有可能由细菌感染、免疫反应异常而引起，由于其皮下结节、疼痛、触痛，中医辨证为瘀血，用活血祛瘀化痰药可消退。96年治张某女性，来诊时双下肢胫前皮下结节已20天，微隆起于皮肤，色浅红，按触痛，指下有硬结

感，初起时痛甚，现已不很痛，诊为结节性脂膜炎，辨证为瘀血，内服活血祛瘀化痰药如土元、麝香、白芥子、炙乳没等，外用苏木、红花、透骨草、芒硝水煎湿热敷，7剂后结节疼痛均消除。本例无发热。如有发热，可加金银花、连翘、赤芍等内服。这种结节如果不红、痛轻，当为皮里膜外之痰，如果红肿疼痛，必夹瘀血，所以活血、化痰都需用。

四、桃仁承气汤加柴胡治热入血室，活血化瘀以维持脏腑功能正常

《伤寒论》113方中，桃仁承气汤为活血化瘀第一方，但《伤寒论》109条原意是治疗热结膀胱，是蓄血证，而148～150条的妇人伤寒、妇人中风而热入血室，条文中用针刺和小柴胡汤治疗。这四条条文参合起来看，二种方法结合起来治疗，可收事半功倍之效。68年治一例经期发热患者，该女因月经来潮之初正值天大热，卧于露天，不觉睡着受凉，至来潮第四天忽发高热，无汗，寒来如冰，热来如烙，月事基本中断，仅有少量黑紫瘀块，少腹疼痛拒按，辨证为热入血室，仿《伤寒论》109、148～150条之意，用桃仁承气汤去芒硝，大黄用酒制，加柴胡、红花。护理方面，嘱服药后以汗出为度，避免出大汗，防止再次受寒，注意经期阴部卫生，平时常用清水洗外阴部。二剂热退身平，再加调经药而愈。其实，蓄血证就是瘀血，痛经也是瘀血。本例是痛经加外感，或者说外感引起痛经，如果用桃红四物汤加清散风热药，也可能有效。

五、四君子汤加减治气胸——培土生金

脾胃为后天之本，属土，土能长养万物。有机生物的构成物质蛋白质，据有的科学家研究，最初是在土壤中形成的。如果人的消化吸收机能薄弱，抵抗力就差。中医学鼻祖之一的《伤寒论》，就重视培土健脾，无论是人参、白术、茯苓，还是甘草、大枣、饴糖，还是粳米，都是健脾而益气的，在具体治疗用药时也主张顾护胃气，目的是促使疾病早愈。可见健脾益气在治疗中是很重要的。1977 年 9 月治韩某，本院护士，自发性开放性气胸，住院治疗已 20 天，用中药前右肺被压缩 60%，抽气后 5 小时胸透，仍压缩 60%。自感略觉胸闷。考虑肺之气全赖脾胃运化水谷精微以营养之，故用党参 15 克，炒白术 10 克，茯苓 12 克，陈皮 10 克，山药 1 5 克，薤白 12 克，全瓜蒌半个水煎服，因抽气后仍出气，说明肺有损伤，故加白及粉 10 克分三次冲服，每日 1 剂。护理方面：保持室内空气新鲜，注意通风，预防感冒，避免吸入刺激性气体和灰尘，保持呼吸道通畅，卧床休息，同时安慰患者，解除其紧张情绪和思想负担，饮食方面要避免辛辣刺激性食物。5 天后复查，右肺压缩 50%，守方未变，7 天后剩余 15%，又 3 天复查，气胸已全消失，本例在治疗过程中还服用维生素 B_1 和 C，但未使用抽气，也未使用水封瓶和吸引泵。自发性气胸可继发于肺部疾病，如结核、肺脓肿、大泡性肺气肿，但最常见的可能是由于脏层胸膜表面小泡原因不明的破裂，而这种特发性小泡形成的原因和破裂的明确机理，尚未明了。又治唐某女，沂源县鲁村公社葫芦沟人，因左肩颈部酸痛在本村针灸治疗，引起左胸刺痛、咳嗽，体检为左侧气胸，胸透左肺压缩 50%，诊为单纯性气胸，收住院，按前法辨证，予党参 24 克，白术 18 克，茯苓 15 克，炙甘草 6 克，炙黄芪 18 克，薤白 12 克，全瓜蒌 12 克，陈皮 12 克，枇杷叶 12 克，水煎服，每日 1

剂，另每日白及粉9克，分3次冲服，共服药4天，胸透复查已全吸收。本例在治疗过程中一概未用其他药物。按气胸的症状，大致属于胸痹范围，但考虑病变虽在肺，关键却在脾，肺脏创伤的修复，除肺本脏的气必须充沛之外，还有赖中气的充足，即培土生金。虽然单纯性气胸能自行吸收，但后1例仅服药4天全吸收，前1例开放性气胸仅服药15天全吸收，不能说与服用四君子汤、白及粉等无关。

六、补法治心绞痛——通补兼施

“气滞则血瘀”是大家都能接受的，而主张“气虚则血瘀”的很少。但既然气为血帅、气行则血行，如果气虚无力行血，必然影响血行迟缓，久则形成瘀血。《灵枢·九针十二原》篇说“中气乃实，必无留血”，也是此意。为此，主张心绞痛虽为血瘀，也有气虚，临床分为气阴两虚、气阳两虚、气虚血瘀等类型，都用党参、人参、黄芪等。可详见该篇节。

七、独圣散补肺治肺脏损伤

独圣散见于《医方集解》，原为“治多年咳嗽、肺痿、咯血、红痰”。方仅白及一味，为末，临卧服二钱，糯米汤送服。汪昂说“人之五脏，惟肺叶坏烂者，可以复生”、“治肺损红痰，又能蚀败疽死肌，为去腐生新之圣药”。还收录了一个案例：台州狱吏，悯一重囚，囚感之云吾七犯死罪遭刑拷，肺皆伤损，得一方用白及末米饮日服，其效如神。后日凌迟，剖其胸，见肺间窍穴数十，皆白及填补，色犹不变也。费伯雄评曰“肺坏能补，惟有

白及。”古人说肺间窍穴皆白及填补，而且仍是白色未变，用今人之说法，乃肺组织原溃损孔洞已经纤维化、痊愈了。药物仅是白及粉。第一次试用于自身，1958 年体育大跃进，累成了肺结核，确诊时已右上 2 个孔洞，除服异烟肼、肌注链霉素（共 10 支）外，即自服白及粉，每日三钱，3 月后孔洞全闭合。第二次有据可查的是于 1968 年，沂源县唐山公社江某，因患肺结核住院，右中孔洞约 3cm×3cm 大小，用抗痨治疗 1 年多无变化。嘱加服白及粉每日三钱，另吃大蒜每日数瓣，3 月后孔洞缩小一半。以后有据可查的是用于自发性开放性气胸和外伤性气胸各 1 例，详见该篇。

八、化湿畅中法治黄疸型肝炎

黄疸型肝炎一般分为阴黄、阳黄两种，阳黄按惯例还可分热重湿重，但湿重型黄疸是湿重于热，仍然属阳黄范围，而阴黄又是寒湿内蕴，似乎湿邪非兼热必夹寒，余在临床屡见湿蕴中焦而无热但又非阴黄的证型。70 年代前工作单位开设肝炎病房，西医邀我合治共百余例，其中阳黄湿热并重的有 40% 多，热重于湿的有 20%，湿重于热的有 25%，寒湿阴黄仅 1%，下余的 14% 是既非阳黄型，又非阴黄型，只是湿蕴中焦，胸脘满闷，纳呆，舌苔白厚腻，大便溏薄而黄、无后重感，这部分患者原来也是湿热阳黄型，或热重于湿或湿重于热，经中药辨证治疗、常规西药治疗后很快好转，肝功或已正常或几近正常，但在继续住院巩固治疗的阶段出现肝功又恶化，相继出现上述症状。原来当时流行一种“冲洗”疗法，又盲目迷信葡萄糖，病人也迷信，医生也误认为，加上文革中人云亦云，病人静滴 5%～10% 葡萄糖液，每日 2 瓶（加各种维生素和 50% 葡萄糖 20ml），每周还口服

1包（500克）葡萄糖粉，还想方设法购买白糖喝糖水，结果由湿热阳黄转成了湿蕴中焦、脾胃运化失司了。发现了问题所在，停用各种葡萄糖和白糖，中药也加大化湿畅中消导之类，很快好转。例如男青年李某，急性黄疸型肝炎2天即住院，中医辨证为湿热且热偏重，用茵陈蒿汤加减，西药每日静滴5%葡萄糖盐水和10%葡萄糖各500毫升，加小剂量胰岛素，常规加维生素B_6、维生素C，每周口服500克葡萄糖粉，25天后肝功正常。继续用药10天后，逐渐出现胸闷脘腹满胀，纳呆，口淡无味，乏力，大便溏，虽然调整中药减少了栀子、大黄的用量，增加了苍白术、白蔻、陈皮等，症状时减时重，舌苔由白腻转为厚白腻。复查肝功，GPT又不正常。后经协商，先停口服葡萄糖，再把静滴液改为每日1瓶，中药再去栀子、加厚朴、麦芽，症状逐渐减轻，20天后肝功又恢复正常，调理半月而出院。还有一位逯姓小学教师一心想早愈，除静滴葡萄糖口服葡萄糖粉外，还偷偷喝白糖水，几次调整中药方，湿阻症状始终不减，后来把他床头橱中的所有白糖、葡萄糖粉都拿走，强制不给糖，湿阻症状才慢慢减轻，肝功也随之好转。其实肝细胞坏死本身可以引起葡萄糖耐量减退，和肥胖或其他原因引起的胰岛素释放减少引起的葡萄糖耐量减退相似。肝脏细胞大量坏死，进食后血中大量葡萄糖不能转化为肝糖原贮存在肝内，可致血糖升高，并可出现类似糖尿病的耐量曲线和糖尿。如再大量的长期的进食葡萄糖和白糖，再静滴高渗糖，这肝脏受得了吗？不是“冲洗”而是“水淹”了。用中医的说法就是补得太多，不受补，反受其害。黄疸一症，虽最早见于《素问》，但论述详细的还是《金匮》。《金匮》将黄疸分为四类：一、谷疸，用茵陈蒿汤，按症状用药，好象一般阳黄；二、黑疸，有肝脾肾三脏虚的症状体征，原文用硝石矾石散，也可加健脾益肾药；三、酒黄疸，无论从症状、用药方面来看都是阳黄实证；四、诸黄，这是一大类：1. 小便不利，可用茵陈五

苓散；2. 再脉浮，用桂枝加黄芪汤发汗，3. 兼里实，用大黄硝石汤清下退黄，4. 见腹痛而呕，用小柴胡汤，5. 如小便自利，如果中气虚，可用小建中汤，6. 欲自利者，里有寒及/或有湿，不可误诊为阳黄，不可一味清热。如果出现哕，用燥湿和胃的半夏。古人早就说过了。

本病的护理措施是：嘱其注意卧床休息，按时消毒食物、衣物、居室，保持病室清洁，空气新鲜，防止感冒，饮食以清淡素净，易消化吸收富有营养为主，忌食油腻、荤腥及辛辣刺激性食品，不饮酒，随着症状的改善，适当增加瘦肉、禽蛋之类，以供身体营养的需要。

九、温肾健脾肃肺治咳喘（喘息性支气管炎）

70年代初，农村中老年人患慢性支气管炎的不少，而且大多成喘息性支气管炎。此病常年咳喘不止，隆冬加重，那时沂蒙山区农民营养差、生活条件差、体质差、又嗜咸，伤风感冒后迁延成慢性气管炎的不少，久而久之成了喘息性支气管炎，发作时张口抬肩，咳吐稀涎，呼气吸气都困难，桶状胸肺气肿肺心病的真不少。虽有时咳吐黄脓痰，深入分析可知患者体质差是根本，触冒风寒是诱因。咸味虽入肾，但过食咸则适得其反，《素问·至真要大论篇》说："咸先入肾，久而增气，物化之常也。气增而久，夭之由也。"《素问·五脏生成篇》说："是故多食咸，则脉凝泣而变色"。《素问·生气通天论篇》说："味过于咸，大骨气劳，短肌，心气抑。"按病人平时和发作时的症状体征面足浮肿、面唇紫黑、呼吸气喘、咳吐痰涎、张口抬肩、端坐呼吸、动则更甚等来说，属肺脾肾三脏，《素问·咳论篇》说："肺咳之状，咳而喘息有音，……脾咳之状，……甚则不可以动，动则咳剧。肾咳

之状，……甚则咳涎。"《素问．至真要大论篇》说："太阴司天，客胜则首面跗肿，呼吸气喘"，由此可见：咳喘痰涎等既有肺实脾湿的一面，为标，又有肺脾肾三脏虚的一面，为本。明白了个中道理，立法为肃肺化痰止咳、健脾温肾，先以前者为主，常用方为炙麻黄、细辛、杏仁、干姜、炙紫菀、炙款冬花、法半夏、白果、青陈皮、苍白术、补骨脂、茯苓等，类似于《伤寒论》小青龙汤，《张氏医通》冷哮丸之化裁。有时配合紫金丹。待痰涎减少，咳喘稍平，则改为健脾温肾为主，常用药为补骨脂、鹿角霜、木蝴蝶、党参、核桃、白术、茯苓、炙麻黄、杏仁、紫菀、款冬花等，类似于《济生方》人参胡桃散、《卫生宝鉴》人参蛤蚧散化裁。也有时加徐长卿、白前等。偶见黄痰，可加黄芩或黄柏。护理上注意生活规律，适当锻炼身体。室内应阳光充足，通风良好，但要避免直接吹风，预防感冒，保持一定的温度与湿度，并禁止吸。当时在沂源县东、西北麻及县医院门诊共诊治百余例，疗效较好。例如桑某，男，40 岁，自述幼时家贫，经常冻饿，又以盐水代菜，自此常年咳嗽咯痰，渐成哮喘。遇冷及劳累即发作，入冬尤甚。查病人面色黧黑、眼胞浮肿、桶状胸、两肺干湿罗音，诊为喘息性支气管炎、肺气肿、肺心病，急则治其标，以小青龙汤加青陈皮、旋复花、枳壳等，调理 5 天渐减，后以补骨脂、巴戟天、鹿角霜、菟丝子、生麻黄、杏仁、白术研粉，以党参、木蝴蝶、核桃壳煎汤代水，常吃核桃肉（当地盛产），常年坚持，又注意生活起居，少吃咸，发作逐渐减轻，浮肿消退，二年后基本不发作。

十、支气管哮喘

支气管哮喘由过敏体质＋过敏原引发，发作突然，治疗也觉

棘手。70年代，余在诊治大量喘息性支气管炎患者时，也治了20余例农村支气管哮喘患儿及青少年，取得了一些经验，发现这种患者是阳虚体质，卫阳、脾阳、肾阳都虚，也就是禀赋不足按现代医学说法是过敏体质，这是本，但又有气道不利肺气上逆，按现代医学说法是呼吸道还多少有炎症，影响通气，最新说法是以嗜酸性细胞、T细胞、肥大细胞为主的慢性气道炎症，这是标。临床辨证确实是肺实肺气上逆为标，肺脾肾三脏虚为本，立法先以肃肺降逆平喘为主，辅以温补肺脾肾；喘息症状稍缓解，又以益肺健脾，温肾纳气为主，辅以降逆平喘。前者以小青龙汤加补骨脂、肉苁蓉、鹿角霜、白术、人参等，后者以四君子汤、右归丸加炙麻黄、杏仁、炙紫菀等，基本治疗方药与喘息性支气管炎大同小异，重点突出补气健脾益肾。特别是好转巩固期，常以中药制成粉末，长期服用。护理措施如适当坚持体育锻炼，提高肺的通气功能，并注意四时气候变化，防御外邪的侵袭，避免烟尘异味的刺激等。例如张某，从小患支气管哮喘，就诊时已18岁，常因触寒或生活不适而发作，胸闷，哮喘，张口抬肩，面色萎黄而黑，轻度鸡胸，用前法使症状缓解后，处方以补骨脂、巴戟天、肉从蓉、山茱萸、附子、人参、白术、鹿角霜、仙茅、清炙麻黄、杏仁等研成粉末长期服用，坚持2年以上，中途如有发作，临时加用中药汤剂平喘降逆。后结婚生子，操劳持家，平时基本不发作。即使发作，症状也大为减轻。

十一、血精

血精，常由精囊、前列腺急慢性炎症而引发，病人在性交时射出的精液或/及其后尿道口流出的分泌物带有血丝而来诊，部分病人伴有会阴部酸胀感。按辨证可分为湿热下注、相火偏亢、

肝肾阴虚三种。余在门诊时见到的以湿热下注兼相火偏亢的为多，从病人的生活习性分析，患者多数嗜食辛辣、酒量大、房事较频。典型的一例是候某，35 岁，就诊时为春夏之交，病发已 1 周。1 周内同房 5 次，每次射精液均带血，后二次精液几乎为血性（因带避孕套而知之较详）。近二天会阴部有酸胀感。平时喜食辣椒和花椒及五香面，嗜白酒。观舌苔中根黄腻、舌质偏红，脉洪而弦。因而辨证为相火偏盛，湿热下注，给予知柏八味丸改汤剂加地骨皮，嘱少吃辣物，少喝酒，一周内戒房事，服五剂药后观察。10 天后来复诊，说血精未再见。余嘱其注意生活习惯，否则以后必然复发。20 年后又远道来找，说旧疾最近又发作。考虑该君年龄大了，易阴虚，故用知柏地黄丸加熟地、龟板，带药 7 剂返里，仍嘱忌辛辣、慎房事。半月后来电话说血精未再见。

十二、面部异样感

30 年前一夏天，外科门诊转来一张姓男子，诉说面部有异样的感觉，自眼眶下似有水滴往下流淌至口角边止，反复如此，早晨醒来开始至夜间睡着为止，仅吃饭时无此感觉，神经科医生诊为面部神经末稍感觉异常。外观其面部无异常。追问方知：割麦子时天暴热，头上脸上汗出较多，抬头时汗珠顺颊往下流，适逢雷雨，又淋了一头一身，此后就患了此症，已 1 月。用经络辨证考虑该患者的自觉症状正是足阳明胃经 在面部的循行路线，汗大出则经络空虚，热邪被风邪所遏，阻留于阳明胃经，不得散泄，因而用羌活、防风、白芷、葛根、生石膏、皂角刺、丝瓜络、竹茹、天花粉等，宣散风热之邪，疏泄经络，用药 3 剂，并用针刺承泣、四白、地仓 3 穴，泻法，同时嘱其当防止再次汗出

时受凉。5天后来复诊说症已去，要求再用药巩固。

十三、大便时头痛

头痛有风寒、风热、风邪挟湿、瘀血、痰浊、气血阴阳肝肾虚、肝气、肝寒、肝火、肝阳及三阳经蓄热等不同，按经络辨证则有太阳经、阳明经、少阳经、厥阴经，分别痛于后项部、前额部、两颞部、巅顶部。还有可能属于现代脑瘤的“真头痛”，因为“真头痛，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，死不治”（《灵枢·厥论》篇），症状符合。但一般说病程长者为虚证，病程短者为实证。余1977年诊治一李姓女青年，大便时头顶痛一周。大便干结时或便稀时均不头痛，惟解正常大便时必头顶痛，一种似痛未痛头脑中空痛的感觉。所有检查未发现异常。开始按厥阴头痛治疗无效。后细询得知，她幼时患锁肛而动手术，损伤会阴，现该处有疤痕，且会阴显得短一些。因此辨证为督脉经受损，经气不通，以补督阳为主，佐以疏通经络，方用巴戟天15克，肉苁蓉15克，菊花12克，川芎15克，牛膝6克，水煎服，3剂愈。随访半年，未有复发。

十四、小儿秋季腹泻

“春伤于风，夏生飧泄”，虽然《素问·阴阳应象大论篇》如是说，但飧泄的不一定是伤于风造成，消化不良引起小儿飧泄的不少见，《素问·痹论篇》说：“饮食自倍，肠胃乃伤”。1968年夏末秋初，因打吊针无效而转来用中药治疗的小儿腹泻有20余例，最小2个月，最大2岁。腹泻稀黄水如注，夹有块状不消化

物，有的家长就说如奶瓣，有的小儿发热38℃左右，一天中，有的患儿腹泻多达20余次，泻前有的患儿有一阵哭闹不安。余辨证为食积挟湿化热，起因是食积，食积能转化内湿，食积之人舌苔易厚，有胸脘满闷就可佐证。食积+内湿，可化热，《素问·至真要大论篇》说“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”。保和丸是治疗食积的，但其中有连翘一味，就意味着食积能化热，因此，用药就要以消导为主，化湿和胃畅中清热为辅。药用苍术3克，焦三仙各3克，木香2克，车前子5克，苦参2克，发热的加金银花3克，藿香3克，水煎取30CC，分2次小匙喂，最快的半剂即止，最慢的2剂可愈。方中苦参能清热燥湿、祛风，治热痢血痢，肠风泻血。

本病的护理方面除按一般儿科护理常规外，对病情轻者减少食量，重症病例根据病情禁食6～12小时，腹泻减轻后给予少量母乳或易消化之流汁、半流汁之饮食，忌食油腻或不易消化之食物，并忌生冷。

十五、豨莶草降血沉

用一根针一把草大搞农村合作医疗的那些年月，我对口支援沂源县葛庄和石楼二村，该二村都沿河，地卑湿气大，农民患腰腿关节疼痛多，为充分发挥本地中草药的优势，用地产的绵苍子（豨莶草）和鹌子嘴草（老鹳草）、软灵仙、粘鱼须（威灵仙）等治疗，其中有一部分患者是风湿性关节炎，而且到县医院查过血沉，都不正常，经过一段时间的治疗，好转很快，血沉多数降至正常。当时正值夏秋季节，这些地产草药遍地都是。后来到了深秋，群众把地上部分的草棵都割了作燃料，有的药如老鹳草能找到，威灵仙能挖到，就是豨莶草没了，这一段时间用药效果止痛

作用尚可，但血沉好转不快。回医院以后，有意识的作了一些对比，发现用豨莶草用量要大，对急性风湿性关节炎和风湿热降血沉作用较好。例如马某，20岁女性，四肢大关节游走性疼痛半月，两膝关节轻度肿胀，两小腿前外侧见数个皮下结节性红斑，1月前患上感、咽痛，血沉56mm/h（当时不能查抗O），诊为急性风湿性关节炎。用制川乌、川芎、老鹳草、威灵仙、忍冬藤、清风藤、地龙等，同时嘱其注意调护，如适当休息，减轻疼痛，忌食辛辣刺激性食物，病变初期，关节肿胀时，注意休息，待肿胀及疼痛减轻后再适当增加活动量。治疗半月后，关节肿痛很减轻，但复查血沉60mm/h，原方加用豨莶草30克，又服12剂复查，血沉降为正常。

十六、风湿热

现代医学称谓的风湿热，在中医学的痹证范围内，概分为湿热热盛，湿热湿盛，寒湿，气血虚四种证型。前二型发热为主，关节红肿热痛，后二型发热及关节红肿热均减退，或有低热，或关节绵痛，前二型一般住院治疗居多，因而往往中西药并用。余在门诊单用中药治疗的2例，效果也不差。例如赵某，女性，35岁，住沂源县水磨头村。发热，两膝关节红肿热痛3天来诊，因故不能住院。发热每日上午升高，体温在38.5～39℃之间，至夜间汗出而体温渐退至37.5℃左右，舌苔黄腻厚，血沉68mm/h，白细胞计数11000/mm^3，中性70%，病前1月时有咽痛史。诊为热痹、风湿热，给予清热散风除湿，药用苍术白虎汤加忍冬藤、地龙、秦艽、羌活、薏苡仁、桑枝、豨莶草等治疗，1周后好转，又用四剂基本不发热，关节红肿已全消退，血沉降为30mm/h。

本病在护理方面如：卧床休息，注意室内通风，防止因发热而受凉，忌食辛辣温热性食品。因关节肿胀，屈伸受限，用软枕垫起，保持舒适的功能位置，肿痛减轻后，再逐渐增加功能锻练。

十七、阵发性睡眠性血红蛋白尿

本病是原因不明的红细胞内缺陷，由于异常红细胞与正常血清内某些成分的相互作用，引起溶血，血红蛋白在尿中排出（酱油色尿）。也有人认为是由于睡眠时呼吸变浅，血中 CO_2 浓度增加，血 P^H 降低，在补体的作用下促使原有缺陷的红细胞溶血。这种病人很少见，如果对这种病有印象，那么诊断还是容易的。余仅在 30 年前见 1 例，是沂源县东苗庄 12 岁苗姓少年，还是在济南某医院确诊的，因服药疗效不显而来诊。面色萎黄，因病已多年，自己有适应性，所以精神尚可，食欲好。舌苔薄白舌质淡，脉大而数。该少年发作期间则每于夜半以后尿血，余考虑夜半子时则阳气初生，是因少年气有余便是火使然？试用傅青主两地汤加减，药用生地 18 克，地骨皮 15 克，生白芍 15 克，生石膏 12 克，知母 6 克，小蓟 15 克，白茅根 15 克，玄参 9 克，生甘草 3 克水煎服，服药 3 剂后尿血量减少些，守方再加粉丹皮 12 克，连服十余剂，尿血已停止。护理方面如：嘱留方以后发作时再服，平时忌膏粱辛辣咸味油腻，饮食适当增加蛋白量，以补充蛋白，并注意不可疲劳太过，以减轻肾脏负担。2 年后因感冒，来就诊一次，言发作间歇期比以前延长，发作期比以前缩短。仍嘱发作时服原方。5 年后余巡回医疗队到该处，随访答为仍要犯病，但发作较轻，人已长高，但平时面色仍较萎黄。此病着眼在子夜后尿血，又脉大而数，不能单看面色萎黄，宜舍证从

脉。

十八、嗜酸性筋膜炎

嗜酸性筋膜炎是病因不明的一种以筋膜发生弥漫性肿胀、硬化为特征的疾患，以秋冬季节好发，往往在过度劳累后发作。我们治疗数例，疗效都较快。例如徐某某，女，19岁，双足背部肿痛20天，以右侧为著，右侧向心性发展至小腿下段，伴有低热。检查见右小腿下段三分之一及两足背部皮肤微红，光亮，肿胀，局部发热，指下有硬紧样感且凹凸不平，按压痛明显，查血常规正常，血沉52mm/h，诊为皮痹，嗜酸性筋膜炎，辨证为痰瘀，予内服活血止痛、化痰消肿的自制中成药，再用苏木、红花、透骨草、芒硝等水煎局部温湿浸敷，护理方面的措施是：适当休息，减轻肿痛，待肿痛控制后，再适当增加活动量，并忌食辛辣刺激性食物，避免一切诱因。3天后即肿痛减轻，又6天后肿痛完全消退，复查血沉13mm/h。

十九、白塞氏综合征

白塞氏综合征是一种细胞免疫紊乱，多数是年轻成人发病。其主要特征是复发性口腔溃疡，合并有复发性生殖器溃疡、眼色素膜炎（易引起失明）、皮肤血管炎（类似结节红斑）、滑膜炎、脑膜脑炎等五种疾病中的任何二项，就可以确诊，如果合并一项，可怀疑为不完全型。曾有多位学者认为本病类似于《金匮》中的狐惑病，但张仲景明言狐惑病“状如伤寒”，而白塞氏综合征中也仅少数患者有发热等状如伤寒的症状，“目赤”这一症状，

白塞氏综合征中也仅部分患者患有虹膜睫状体炎、色素膜炎时有。因此说本病即是狐惑病，也未免有些绝对化。但用甘草泻心汤的确也能治愈。某于1976年曾用甘草泻心汤治1例，系外籍在本地工作的青年，反复发作口腔溃疡及下肢结节性红斑已2年余，皮肤对轻微创伤如针刺后有脓疮，血常规见白细胞9500～105 00，血沉35～50mm/h，偶有目赤，如结膜炎，当时诊为白塞氏病，见以往的报道有用甘草泻心汤治愈的，遂试用之，方用炙甘草12克，干姜6克，黄连3克，半夏12克，黄芩12克，党参15克，紫草12克，桂枝9克，赤芍12克，水煎服，也采取了嘱其少食肥甘厚腻之品，减少化生湿热之源的调护措施，症状时起时伏，断续服药共历经3个月，以后红斑和溃疡才慢慢发得少且轻，间歇期延长。以后调回老家，又来过一信，言红斑和溃疡基本不发作。后来用其他方法治疗了数例，都着眼在下肢结节性红斑和口腔溃疡是湿热，用四妙散加忍冬藤、豨莶草、紫草、赤芍、当归、甘草等，关节痛加丁公藤、羌独活、威灵仙之类，也都很快消除症状。但仍有反复发作。象前例那样历经3个月的断续服药，是需要一些毅力的。此病，某考虑也只能发作时治疗，间歇期坚持服药的可能性不大。

二十、反胃——球部溃疡疤痕挛缩引起幽门部分梗阻

精神紧张、饮食不周和幽门螺旋杆菌的感染是引起十二指肠球部溃疡的一个重要原因，球部溃疡经治疗后，很易遗留幽门部分梗阻，医者早年曾收治了数十例，主要治法不外乎和胃降逆，如果溃疡未全愈合，仍有胃脘痛，可能是活动性溃疡合并水肿和痉挛引起，可再合用健脾理气止痛及止酸等药物，疗效以病人自

觉症状为主，当然，为了观察疗效对比，每个患者都在治前治后作过二三次钡透。现举一例：逯姓患者，男，18岁，因患胃病，吐酸水数年，逐渐引起朝食暮吐，每天早晨吃下去的食物，自己觉得“不往下走”，中午开始胃脘鼓起一块，越来越大，外观可见胃蠕动。到下午四点必呕吐，吐出物中就有早晨吃的食物。因为胃脘作胀难受，所以中午饭不敢多吃或吃很少，大便干结，二三日一解。18岁的青年既矮又瘦又黄，乏力，营养不良，钡餐透视是球部变形呈三角状，部分幽门梗阻。胃宜降则和，腑气不通致生变证。治以和胃降逆、通腑消导，调胃承气汤加减，，药用制川军、芒硝、枳实、木香、旋覆花（包煎）、代赭石（先煎）、干姜、黄连、柿蒂、竹茹、大贝母、水煎取汁浓缩，每次喝一口，半小时喝1次，温服。调护方面嘱以稀食、软饭为主，忌食辛辣、腥味等刺激性易引起呕吐的食品，消除紧张心理，树立战胜疾病信心，疼痛发作时要注意休息，缓解后方可轻度活动。胃气宜通降，但不宜大泻，大泻反伤胃气，因此，大黄、芒硝的用量以每日有一次半稀半稠的大便为度。5天后开始胃脘胀减轻，呕吐量减少，大便也多一些。陆续治疗20天，基本不呕吐。但如一次吃干的食品如煎饼之类太多，仍要有呕吐。

二十一、柴胡桂枝汤治胃脘痛

《伤寒论》的小柴胡汤是用于和解少阳的，余用以治感冒发热。其加减变化方不少，如半夏、生姜、甘草三个泻心汤，连主药柴胡都去掉了，却能理气和胃，主要是苦辛合用以促使三焦气机升降出入。桂枝汤调和营卫，虽加了饴糖的小建中汤能和胃气缓急止胃痛，但主要的还是芍药缓急止痛，因此小柴胡汤和桂枝汤二者合用能理气和胃止痛，柴胡更能疏肝气，虽然《伤寒论》

的柴胡桂枝汤不是治胃痛而是治太阳少阳并病的。余在临床用柴胡桂枝汤治胃脘痛时，常加制川乌、木香（自名舒肝温胃汤，又名柴桂木香汤）疗效更好。其中制川乌与半夏同用，虽为十八反之一，但配伍甘草、生姜，未见任何毒性反应。由于胃脘疼痛的程度不同，药物的剂量为柴胡 12～15 克，姜半夏 9～12 克，黄芩 9～12 克，桂枝 9～12 克，炒白芍 9～12 克，党参 9～12 克，炙甘草 3～5 克，木香 12～15 克，制川乌 9～12 克，生姜 3～5 片，大枣 3～5 枚。如果有吐酸，加乌贼骨 12～15 克，如果胃脘痛于饥饿时或饭前或夜半后发作，炒白芍改为 12～15 克，桂枝改为 12～15 克 党参改为 15～18 克。如果饭后胃脘胀痛加重，党参改为 6～9 克，或不用党参，甚或加麦芽或/及莱菔子。余用此方治疗胃炎、胃或十二指肠球部溃疡引起的胃脘痛凡百余例，多在二三剂即减轻，四五剂即不痛。从当时有随访记录的 30 余例来看，胃寒的疗效好。

在调护方面：嘱其用药期间减少情志刺激，少食厚腻碍胃之品，饮食不宜过热过冷，应定时定量，避免过饱过饥，发病时宜少食多餐，禁止抽烟饮酒等。

二十二、结肠肝、脾曲综合征

结肠脾曲、肝曲综合征，主要病变是在结肠的脾曲或肝曲部位胀气，主要症状是左上腹（也有可能左下胸部）或右上腹部胀痛、不适、嗳气或伴便秘。肝曲综合征有时与慢性胆囊炎或溃疡病相似，脾曲综合征则有时易误诊为胸膜炎或冠心病。因为结肠的脾曲弯度大，所以症状比较重，症状可以缓发或骤发，发作时持续半小时以上，可反复发作，胀气消失则疼痛也消失。局部投影部位叩之鼓音，作腹部透视，可见该部位有积气。现代医学认

为该病与情绪变化有关，中医学认为肝气郁结可使胃气不顺降，当然与刺激性食物也可能有关。余以前在综合性的中医科时曾诊治30余例，初时认识不足，反复检查未发现其他脏器病变，但依据中医学辨证论治法则用疏肝理气、和降胃气的方法后很快好转或治愈，结合症状、体征和X光检查才得以明确诊断。现举一例李忠元，男，1978年8月14日就诊，主诉左上腹发作性胀痛十余年，每次发作胀痛都持续2小时以上，解大便后或频作矢气后可以缓解，不呕恶，不吐酸水，最近以来家事烦心，几乎一二天发作一次。体检左上腹及左胁部叩之鼓音，胸透发现脾曲充气，诊为结肠脾曲综合征，予木香18克，大腹皮30克，莱菔子30克，制川军9克，乌药12克 青陈，皮各15克，水煎服，并嘱注意精神调节。服药一剂后即症状消失。3月后因便随访，未再发作。

调护措施：饮食以易消化不碍胃为主，因红薯易致肠道气胀，上干于胃，使胃气壅滞更甚、故尽量不食用，同时注意情志调节，避免精神刺激，以使肝气调达。

二十三、慢性非特异性溃疡性结肠炎

本人从医过程中或门诊或住院治疗数十例，有随访记录的20余例来看，疗效还不错。举例1，白X成，1978年4月11日收住病房，大便带血性粘液2年，平时经常左下腹或下腹部隐痛，发作时大便1日二三次，稍稀，便前有后重感，便后则缓解。经钡灌肛检查，提示结肠痉挛，肠管内有表浅性溃疡数个，无恶变迹象，诊为慢性结肠炎并肠功能紊乱，用中药健脾理气清热利湿消导法治疗，药用苍白术、茯苓、木香、枳实、青皮、黄柏、干姜、酒大黄、焦三仙、车前子、薏苡仁水煎，送锡类散，

每日1支，分2次服。又用炒地榆、炮姜炭、黄芩炭、水煎浓缩成30CC，掺入半支锡类散，混匀，每晚睡前保留灌肠。嘱饮食宜细软，易消化，少油腻，防止过劳，经治疗10天，症状好转出院。举例2，刘某某，82年12月25日就诊，便血半年，腹痛不明显，乙状结肠镜检为溃疡性直肠炎，曾服多种中西药物无效。予炒地榆、牡丹皮、乌贼骨、白及、制川军、水煎服，1剂而血止，但服药后腹部疼痛，去川军加陈皮续服。2周后改为2天服1剂，断断续续服药至两个月，再次镜检溃疡已消失。本病通常称慢性结肠炎，症状很顽固，反复发作，经久不愈。有的患者大便仅白色粘液，辨证时应注意是否系受凉发作，如是，当用温运法。如1981年12月30日治一郭英X，女，35岁，便白粘液2年，冬季尤其受凉后发作，去冬发病持续一冬季，今年又发作已2月，大便不稀，1日二三次，腹痛以上腹部及脐周为甚，钡灌肛提示横结肠痉挛、僵硬，大便常规仅找到白细胞，诊为慢性结肠炎，辨证为中下焦虚寒，药用附子、炮姜、苍白术、党参、云苓、吴茱萸、肉豆蔻、米壳、炒白芍、炙甘草，水煎服，嘱注意饮食调护，禁食生冷，服药3剂症状消除，停药二天观察有腹痛无白粘液，去苍术、米壳，加木香、元胡，再服3剂。以后又断续治疗，1月后又钡餐透视，肠痉挛已解除。

（以上由郭淑芬、李兰香编写）

二十四、农历十五日夜半发痫症

中医所说的痫证，主要是指现代医学的癫痫，按照发作情况分类，主要有大发作、小发作、局限性癫痫、精神运动性发作、发热惊厥、婴儿痉挛等，是大脑功能突然短暂的改变而引起，与灰质过度放电有关。特发性癫痫一般找不到脑组织的形态学改

变，可能有遗传倾向，而如果有脑器质性疾病的病人则更易发作，如脑瘤、脑血管意外、脑外伤、颅内感染、脑囊虫病、尿毒症、低血糖、低血钙、脑组织内水分过多等，谓之症状性癫痫。有的病人容易于睡眠时，光、热的刺激或情绪变化时，跑步时发作。本例是每于农历15日夜半时发作，很少见。患者高X霞，女，14岁，1980年11月7日就诊。病已1年多。第1次发作是因农历十五日月光下刨地瓜较晚，腹饥想回家吃饭，遭家长训斥而发作，此后每月农历十五日夜半时月光如银色即发作一次，这好象是形成了条件反射。询问病史发现是较轻的大发作，上肢抽动，牙关紧咬，口中流白泡沫，持续约1分钟后即缓解，发作前本人有预感，但发作后病人不记得发作时的状况，并且有头痛、全身酸痛、乏力。脑电图提示棘波，可以排除癔病。现代医学称此种癫痫为光源性癫痫，包括在反射性癫痫中。在国际抗癫痫联盟的分类中，属于视觉性癫痫范围，日本东北大学医学部田畸京二将其定为on－x型癫痫。月球对地球有吸引力尤其是月圆时引力最大，潮起潮落即与此有关，当然引力对人体生理也会产生影响。本例于月圆时发作癫痫，可能与引力也有关。用中医理论辨证，月为太阴，月圆为阴盛，是以人身阳虚阴盛，于月圆时阴越盛、阳越虚，因而发病。故用人参附子汤加白附子、僵蚕、九节菖蒲、炒白术、茯苓水煎服，发作前加服礞石滚痰丸。发作时症状逐月减轻。以后将中药作成散剂泡水代茶饮。

护理措施：嘱每月15日夜间不要出门，避免月光照射，并防止精神刺激，减少不必要的郁怒，达到怡情悦志，使气机正常升降。

二十五、足阳明胃经部位疼痛

临床常见有经络敏感人的现象，前面第 14 例“面部异样感”即是。下面再举几例足阳明胃经部位疼痛。例一，刘×俊，男，32 岁，1981 年 10 月 8 日初诊。左胸沿锁骨中线疼痛，下行至肋缘又斜行至中脘部，不嗳气、不吐酸，劳累及受凉后可以发作，纳食欠佳。舌苔薄白，脉弦滑，辨证为肝木不条达，气滞于阳明经络（此例为足阳明胃经中间一段经络），仿柴胡疏肝散加阳明经引经药，药用柴胡、乌药、香附、木香、白术、茯苓、枳壳、大腹皮、麦芽、白芷，水煎服，并嘱注意防寒，防止精神刺激，避免郁怒。3 剂后症状即减轻，二诊去乌药加川楝子续服六剂而愈。例二，周×华，女，28 岁，1981 年 12 月 25 日初诊。感冒后左乳根疼痛，并上行掣引左胸、左缺盆，又上行于左颈部至左耳前，已五六年，咳吐黄痰，头前额痛，恶心，甚则头晕，舌苔薄白滑，舌质淡，脉稍弦滑，听诊心肺正常，辨证为阳明经经气不通而上逆，上盛中虚，药用生石膏、白芷、防风、葛根、川芎、羌活、川连、玄胡、杏仁、半夏、甘草、白术，水煎服 3 剂，疼痛、咳吐黄痰均减轻，少腹部隐痛，加炒白芍，黄连、生石膏减半，继服 3 剂而愈。例三，张×胜，男，55 岁，1982 年 5 月 10 日初诊，左上肢麻木 5 月余，从左食指及拇指开始，沿手阳明大肠经上行至肩部，左半边面部麻木，沿足阳明胃经直达肋缘又至胃脘部。舌苔脉象未见异常，辨证为阳明经血虚，药用炙黄芪、当归身、白芷、丝瓜络、伸筋草、红花、威灵仙、土元，水煎服，嘱注意局部保暖，防止外邪侵袭等护理措施，连服十余剂，症状显著减轻而停药。

此 3 例都与足阳明胃经经络有关，第 1 例除经络循行路线部位感疼痛外，另纳食欠佳，且疼痛于劳累或受凉后发作，此为土虚木贼，所以用白术、茯苓、麦芽健脾消导，木香、乌药温胃。

第2例感冒后即发作，且咳吐黄痰，前额头痛，舌质淡白、苔白滑，胃虚挟湿，胃经经气上逆，上焦有风热，所以用白术、半夏健脾燥湿，用小剂量川连、生石膏及羌活、防风、葛根清散风热，而且半夏与黄连，羌活与生石膏同用，寒温、苦辛同用以降逆。第3例是麻木，而且手阳明大肠经也如此，因此辨证为血虚，重用当归补血汤，加伸筋草、红花、丝瓜络、土元等通经络。3例都用白芷作为阳明经的引经药。

二十六、肝胆经疼痛

例一，王某，成年女性，1978年8月22日初诊，左耳前疼痛，沿颊车穴下行至颈部至缺盆，已年余。有时晨起口苦，别无他症。脉弦，舌苔薄微黄。此为足少阳胆经的一条支脉，由缺盆处进人体腔，贯膈络肝属胆。余辨证为胆经经气不利，郁而化热，故用竹茹、黄芩清胆热，用细辛配伍黄芩辛苦开降，且止痛，用川芎人经隧祛血中之风邪。4剂后症减，再服4剂即瘥。例二，白某，18岁，女青年，1982年2月1日初诊，自行经期劳累后两胁肋隐痛，已持续1年，掣引腰痛及脐两旁痛，这是足厥阴肝经的“挟胃旁、属肝、络胆、上贯膈、布胁肋”一段经络。曾查血尿常规、肝功、摄腹部平片、肛诊妇检等均正常，月经规律。余辨证以肝经血虚、经气不利论治，药用醋制香附、青皮、炒白芍、柴胡、枳实、炙甘草、当归水煎服，三剂后减轻，又加元胡、川楝子续服五剂而愈。前一例晨起口苦，舌苔微黄，故辨为化热，用竹茹、黄芩清胆热。后一例由行经期劳累后引起，故辨为血虚，用当归补肝血。

这二例也是经络敏感人，平时只要留心、仔细，是不难见到的。但其机理，除经络理论以外，用其他理论很难解释得通。因

此用中药在疏理经气的基础上再辨证加减，疗效比较明显，均嘱她们注意保持心情舒畅，防止精神刺激，经期不要受凉等调护措施。

二十七、消渴病（尿崩症）

古人所说的三消中，口渴喝水多为上消，喝水多尿多为下消，实在说也是糊涂账。口渴而喝水多，必然会排尿多（《伤寒论》五苓散证的消渴，喝水多而小便不利，不可能是长期的症状，何况还有发热消耗水份）。而下消的尿多是缘由喝水多、喝水多也肯定是口渴，谁能因口不渴而去使劲喝水？因此上消下消区别不大，临床上也的确是如此。尿崩症是上下消的复合病（杜撰名）。余在记录中查到1970年治一消渴病，颇典型。孙某，38岁，因冬天修水库，破冰站在水中而得，已1年，口渴欲饮，1天10热水瓶，而且喜热饮，尿清长频，每日夜排尿20余次，畏寒，腰膝酸冷，在外作消渴治疗无效。药物不详。尿糖阴性，血糖正常，中医诊为消渴病，西医诊断尿崩症，余将其收入病房观察，舌苔薄白润，舌质淡，边齿印，脉沉细。显然这是肾阳虚，即予服附桂八味丸原方改汤，附子用18克，并嘱注意生活有规律，寒暖有节，适当节欲等调护措施，3剂后明显的逐日减轻，连服10剂，每日喝水2热水瓶，排尿五六次，带药出院续服。半月后来复诊，喝水排尿已恢复正常。1981年治一例王×莲，女，60岁，患消渴病已5年，口渴每日喝水4～5热水瓶，喜凉饮，每日夜排尿10次左右，排尿时有热感，尿色黄，查尿糖血糖均正常，血压正常，心肺正常，诊为消渴病、尿崩症，辨证为湿热蕴郁中下焦，予清热利湿法，考虑年龄大、病程长，佐以健脾，药用苍白术、黄柏、茯苓、薏苡仁、川牛膝、萆薢、竹叶、

黄连、山药，服10余剂才觉症状减轻些，又坚持服药20余剂，症状明显减轻。此患者因夏季贪吃瓜果，湿浊蕴郁中焦，加之天热暑湿，酿成湿热蕴郁中下焦。

二十八、雷诺氏病

本病实际上包括雷诺氏病和雷诺氏现象，即原发型和继发型的肢端动脉痉挛，以指及/或趾皮肤阵发性双侧对称性发白、青紫、继之潮红，往往为寒冷或情绪障碍而诱发，遇温暖即可缓解。本病有家族发病史，年轻女性发病多，病因未明，但似乎交感神经系统的某些异常起很大作用。用中医理论解说，应该是禀赋不足、阳气虚衰。此病根治的可能性较小，如果因其他疾病而诱发则需治疗原发病。现举典型病例如下：邵某，女，48岁，1982年2月就诊，四肢麻木发凉，凉时双手部的皮肤呈黄白色，如将手放温暖处可很快缓解，另有腰痛、心慌。舌苔薄白，质平，脉细，查体心脏未见异常，诊为雷诺氏病，辨证为血虚中寒厥逆。药用当归四逆汤加制首乌、桑寄生、杜仲、白术。嘱其注意局部保暖，防止受寒，调畅情志，避免精神刺激等护理措施，三剂后四肢凉感减轻，6剂后基本未发。时值冬季，应该说是有效的。当然，这也是近期疗效。夫《伤寒论》351：条“手足厥寒、脉细欲绝者，当归四逆汤主之。若其人内有久寒者，宜当归四逆加吴茱萸生姜汤。”说的是血虚中寒引起的四肢厥逆的治法。这里的脉细欲绝指的是营血虚，不能温运四肢，因而手足厥寒。虽然是血虚，但与脾运失健有关。本案例是四肢麻木发凉，凉时双手皮肤呈黄白色并且遇温暖很快缓解，这说明是中焦寒导致脾失运，导致肝血虚，所以用当归四逆汤重在温中焦，加制首乌、桑寄生、炒杜仲补肝壮腰，加白术健脾。

二十九、头晕耳鸣与阳痿交替发作

头晕耳鸣有肝肾不足、肝阳上亢、肝火上炎、痰湿上蒙等证型，阳痿以肝、肾不足为多见，尤其是肾阳虚，但肝胆湿热、肝火旺这种实证也不少见。前者往往阳事痿软，而且性欲冷淡；后者则可能性欲偏旺，但心有余而力不足，阳具易举，或举而不坚，或临门即泄。都是阳痿，但一虚一实截然不同。刚听病人说阳痿，极易被其误导，必须细细追问房事前后的表现，才能分析清楚。本案例27岁，结婚3年，形体壮实，面色红润，阳痿已治疗半年无效。细问知患者头晕头胀耳鸣，心慌，心烦、多梦，口苦、咽干。结婚后每天性交1次至2次，历半年，平素嗜酒肉烟茶（可知其人相火旺，内蕴湿热）。半年来，逐渐阳具易举，但临门即泄，最多刚入阴道即泄。后来发现只要头晕、头胀、耳鸣加重时，性交能力还强些，不致很早泄，但过几天头晕头胀耳鸣减轻时（或服药后或自已恢复、减轻），则欲火颇旺难禁，阳具易举，冲动快，临门即泄、即痿，口苦咽干心烦。观舌苔薄黄，边尖赤，脉弦细数。综合分析，乃是肝胆湿热、相火上亢引起，予龙胆泻肝汤合大补阴丸化裁，药用龙胆草6克，生栀子9克，柴胡6克，生地15克，当归10克，泽泻10克，生甘草3克，知母12克，菊花12克，炙龟板15克先煎。嘱调节饮食，少食肥甘厚腻及辛辣之品以免助湿生热。服药3剂后头晕头胀耳鸣心烦、口苦咽干等减轻。又连服十余剂，早泄减轻，性交能持续1分钟左右。又断续服药十余剂，诸症均减。

另外，从80年代开始有国外专家提出吸烟可导致阳痿，最近北京医科大学泌尿外科研究所应用临床流行病学调查方法，对213例阳痿患者进行了研究，发现吸烟导致阳痿主要是烟草中尼

古丁刺激交感神经节和肾上腺髓质释放肾上腺素，使小动脉收缩而减少阴茎勃起时的动脉血流量；长期大量吸烟引起的动脉硬化也可影响阴茎动脉血流量；吸烟还可抑制阴茎组织的平滑肌扩张，破坏了阴茎勃起时的静脉血流机制，也影响了阴茎勃起。中医所说的如本案例那样属于肝胆湿热、相火旺亢这种证型的阳痿，是否也使小动脉收缩而减少阴茎勃起时的动脉血流量，或者抑制平滑肌扩张、破坏了阴茎勃起时的静脉血流机制？尼古丁能使外周动脉收缩，影响平滑肌的舒张，这是已得到实验证实的。

三十、传染性单核细胞增多症

传染性单核细胞增多症是一种急性传染病，由病毒（与EB病毒相关或相同）感染引起．临床常见发热、淋巴结肿痛，肝脾肿大，纳呆甚或黄疸，肝功不正常，预后较良好，但要控制症状。1980年5月某治疗一魏姓女病人，疗效较好。就诊时见发热恶寒，四肢酸痛，颈部淋巴结肿痛，心悸呕恶，纳呆，咽痛干，病已五天，查体见肝肋下1F，软，脾肋下刚触及，T38℃，血常规淋巴细胞增多，占45%，即查骨髓，诊为本病。余辨证为少阳病，给予小柴胡汤加大青叶治疗，柴胡用25克，大青叶用30克，嘱其避风寒，忌食辛辣温热之品，三天后热退至正常，身痛、咽干痛、呕恶等好转，颈部淋巴结肿痛也好转，舌苔薄白，舌质偏红，柴胡减至15克，加山药、麦冬、五味子，药用党参20～30克，炒白术10克，茯苓12克，炙甘草6克，麦冬15克，五味子10克，墨旱莲20～30克，女贞子20克，地骨皮10克，大青叶20～30克。5剂后有五心烦热和咽干痛、心悸、脉细数，颈部淋巴结能触到。改方四君子汤合生脉散，二至丸加地骨皮、大青叶，继服10剂，复查血象正常。再服10剂，复查

骨髓象正常而停药。

三十一、健脾治臌胀（肝硬化腹水）

肝硬化腹水，在以前门诊较常见到。某在 1982 年以前曾治过数十例，大要都是以健脾利水法收功，但此症极易复发。如果生活调剂好，延长生命是完全可能的，印象最深的一例是沂源县某化肥厂邻村代姓青年。1965 年春初诊时 20 岁，患肝硬化腹水已半年，在本村治疗效果不显。当时肝功 TTT 14 单位，锌浊度 20 单位，腹大如臌，四肢消瘦，面萎黄，双眼巩膜黄染。给予实脾饮加减，药用党参 15 克，炒白术 20 克，云茯苓 30 克，大腹皮 30 克，木瓜 12 克，厚朴 9 克，附子 6 克，木香 9 克，薏苡仁 30 克，茵陈 18 克，猪苓 15 克，水煎服。用 3 剂后开始尿量增多，继续服用而腹水大部分消退，外观腹部似正常，但能叩到轻度移动性浊音。后结婚生子，因劳累而又复发来诊，因症状差不多，又用前方治疗 20 天而腹水消退。1970 年，因生了第 2 个孩子，家庭负担更重，劳累过度又复发，幸亏他保存了原有处方，根据脉舌，去温燥之厚朴，加枳壳 12 克，泽泻 20 克。连服五剂后，利水消肿效果尚可。原方续服 15 剂，腹水又基本消退，嘱平时服四君子丸巩固。1978 年秋季，患者又腹水复作，再用前方去茵陈治疗，逐渐好转。1980 年有该化肥厂职工来访，请他代为打听，据称此病员腹水未全消，但仍能做轻体力劳动。

三十二、闭目则晕，睁眼则缓

一般的眩晕症，睁眼时加重，闭目安静时能减轻。余在

1980年5月诊治一例，男，40岁，为沂源某厂工人，因熟悉而路远也赶来。诉：头晕，闭目时有轻度旋转感，夜间为甚，睁眼时虽仍晕，但较轻，而且无旋转感，无耳鸣，无呕恶，二便正常，纳食尚可，不作剧烈活动时症状不加重。症已3月，虽作各种检查，未发现异常，服各种维生素无效。我知其平时嗜酒、嗜烟、嗜茶，且喜肥肉，更何况其妻年轻貌美，体健壮，便追问这些嗜好等情况，他如实相告：嗜好一如既往，房事每周6次以上，有时晚上性交2次，但第2次后即感到头晕加重。观其舌前半质红苔薄，后半黄腻而灰黑，六脉细弦滑。辨证为肝肾阴精虚、湿热上蒙，也可谓之上盛下虚。治以八仙长寿丸加枸杞子、苍术、天麻、制首乌，麦冬改天冬，嘱忌烟酒茶，少吃肥肉，尤其宜减少房事，不可滥。断续服药1月而愈。夫头晕一症，《素问·至真要大论篇》说："诸风掉眩，皆属于肝。"《灵枢·海论》篇说："髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"《丹溪心法·头眩》说："无痰则不作眩。"这说明头晕的确与肝阴肾精虚、湿（痰）阻滞或上蒙引起清阳不升有关。本案例主要着眼在患者的生活习惯及舌脉方面辨证。至于本案例为什么睁眼时缓，闭目时加重，可能与他夜间耗伤肾精太多有关。从理论上说，《灵枢．营卫生会》篇说："卫气行于阴二十五度"，同书《大惑论》说："卫气留于阴，……则阴气盛……故目闭也"。患者于夜间阴气盛之时耗伤肾精太过，所以头晕加重于目闭之时。实际上，这也可能是一种特殊的个别情况。

三十三、急性肾炎

在1978年以前，尝治疗急性肾炎（门诊和住院）共约百余例，惜乎记录甚少，1978年1月至10月，余作了简单记录的住

院治疗11例，门诊治疗15例，另有1例慢性肾炎都用中药治疗。门诊病人15例中，1周内治愈的5例，8天至半月治愈的2例，16至30天3例，31至60天的4例，2月以上半年内治愈的1例。住院病人11例中，1周内治愈的1例，8天至半月治愈3例，好转1例，16至30天治愈1例，好转1例，31天至60天的3例全是好转的，2月以上至半年的治愈1例。这好转的5例，其实都能治愈，因经济问题而中途出院。上述病例都经尿常规化验证实，主要症状体征浮肿、蛋白管型尿，凡1周内来诊的病人都有不同程度的高血压，都符合急性肾炎的诊断。阴转后一般都经过2次以上化验。本人主要都以宣肺利水、活血益气法、麻黄连翘赤小豆汤加味。例一，张××，本院护士，78年3月20日初诊，急性肾炎已5天，尿蛋白++++，红白细胞少许，颗粒管型+，用宣肺利水法，用清水炒麻黄9克，连翘12克，赤小豆25克，车前子15克，石韦15克，蝉蜕12克，益母草20克，防风12克，炙黄芪30克，水煎服，7剂后尿蛋白++，又5剂后尿蛋白+，颗粒管型少许。再服15剂后尿蛋白少许。又服5剂后尿蛋白微量。再服5剂后尿常规正常。续查2周均正常。例二，李×花，女，30岁，沂源县鲁村小黄庄人，1978年6月13日初诊时，已面目浮肿1周，咽痛腰痛，血压150/90mmHg，查尿蛋白+++，红细胞+，白细胞和颗粒管型各少许，药用清水炒麻黄9克，连翘25克，赤小豆30克，防风12克，桑白皮15克，车前子20克，石韦15克，益母草20克，蝉蜕12克，炙黄芪20克，水煎服5剂后复查尿常规，尿蛋白+，红细胞少许，浮肿减退，去防风、赤小豆，加芡实12克，黄芩10克，连翘减为15克，再服5剂，后来人取药又服10剂，复查尿常规全正常，带药5剂巩固，再复查2次均正常。例三，王×成，男，35岁，沂源西台人，1978年5月18日初诊，病已4月多，曾住某医院用西药治疗4月，入院时尿蛋白、颗粒管型都

+，红白细胞都少许。该患者住院13天时曾一度阴转，但继续治疗时，各项化验又恢复入院时的情况。考虑病情反复，可能与气虚有关，而浮肿已消退，故用炙黄芪15克，炒白术12克，茯苓15克，黄芩9克，石韦15克，蝉蜕9克，白茅根30克，女贞子15克，芡实15克，生茜草9克，水煎服，断续服药1月后，连查尿常规3次均正常。

三十四、儿病母服药而治愈

谁患病谁服药是天经地义的，余偶遇一例儿病母服药而治愈的实例。1979年8月16日，从沂源县东里店来找我看病的牛×芳，女性，30多岁，患胸脘痞满，胁下胀，肠鸣漉漉，腹痛，便稀，有时有黄色粘液，大便常规极少量白细胞。余用半夏12克，黄芩6克，干姜3克，黄连1．5克，枳壳15克，青皮12克，制香附15克，苍白术各10克，神曲20克，莱菔子12克，鸡内金10克，水煎服。服药5剂后来复诊，诉说病情已减轻很多。交谈中她说其授乳的婴儿原患腹泻，大便中有不消化物，农村中说是“冻了肚子”，未用药物治疗，但其母服用上药后，婴儿之泄泻也随之而愈。从西药来说，大多数药物可从乳汁排泄，其排泄量和排泄速度受药物脂溶性、解离度、pH值、分子量大小及药物在血浆（P）和乳汁（M）中浓度梯度还有乳腺的血流量与乳汁脂肪含量等因素的影响，有的药物如红霉素、四环素等进入乳汁的量还较大。所以如有哺乳婴儿，有很多药物乳母是要禁用或慎用的。正因为如此，利用哺乳的机会，母亲服用药物，但给乳儿治病，也不失为一种给药途径。中药有效成分的分子量较大，也可能进入乳汁的浓度要小一些。

三十五、临床看“建中”

建中，是以中焦脾胃为生化之源。营卫生成于水谷，水谷赖脾胃熟腐转输，故中气立则营卫流行不失其常度，即和，进而阴阳调和。所以“建中”，意在补益中气。常用的 11 个建中汤（另附 4 个）实际上是 3 个基本方加减而成。

（一）小建中汤为基本方的有 5 个方剂，共同用药物与功效均同小建中汤。

（i）小建中汤：《伤寒论》“太阳中篇”方，主药是桂枝、炒白芍、炙甘草、生姜、大枣、饴糖 6 味，治疗木贼克土及/或寒气在里引起的虚劳里急腹中痛，还有气血虚或心阴血虚引起的心烦、心悸，所以应当是腹痛而喜温喜按。由于血虚而营卫不和甚或手足热则可应用，这是甘温除热法。人生需阴阳和平则百病不生。有时“阳”虽不虚，但不能与“阴”和，则在里之阴寒相对为盛，里急而腹中痛；“阴”虽不虚，但不能与“阳”和，则在外之阳热相对为盛，手足烦热，甚至咽干口燥，以桂枝汤调和阴阳。里虚引起里急，引起腹中痛，当然也是虚寒。《素问·痹论篇》说：“痛者，寒气多也，有寒故痛也。”《素问·举痛论篇》说：“寒气人经而稽迟……客于脉中则气不通，故卒然而痛。”

（2）黄芪建中汤：《金匮·血痹虚劳病脉证并治》方，主药是小建中汤加黄芪，治疗虚劳里急诸不足，当然包括气血阴阳诸方面。加黄芪显然适合气虚偏重。

（3）当归建中汤：《千金翼方》卷六方，主药是小建中汤加当归，治疗产后血虚，腹中痛，少气或小腹拘急挛痛。重用当归，显然适合血虚偏重，女子以血为本，尤其是产后。

这 3 方主要的温药是桂枝，主要的补益药是饴糖、炙甘草、大枣、炒白芍。寒者温之，急者甘以缓之，精不足者补之以味。

(4) 建中加木瓜柴胡汤，即小建中汤加木瓜、柴胡。

(5) 建中加附子当归汤，即小建中汤加附子，当归。

此 2 方均为《证治准绳》类方霍乱篇方，是为对症而设。

(二)《金匮》大建中汤为基本方的有 2 个方剂，它们共同的药物是川椒、人参、饴糖 3 味，功效为温中补气缓急。

(1) 大建中汤：《金匮·腹痛寒疝宿食病脉证并治》方，药物还有干姜，治疗中焦阳虚，阴寒之气横逆于胸腹之间而引起的心胸中大寒痛，因寒重而痛且呕，且手不可近。《素问·举痛论篇》说："因重中于寒，则痛久矣……寒气稽留，炅气从上，则脉充大而血气乱，故痛甚而不可按也。"又说："寒气客于肠胃，厥气上出，故痛而呕也。"

(2) 大建中汤：《千金要方》卷十九方，药物还有甘草、生姜、半夏，治疗虚劳、寒癖，水饮停留胁下，下流则沥沥有声，而且该部位隆起，牵引胸胁拘急疼痛。此方与《金匮》大建中汤相比，缺干姜，加生姜、半夏、甘草，而且可加肉桂、附子，所以方义大致相同。

显然，这 2 方比小建中汤的温补作用要大多了。

(三) 以《证治准绳》方大建中汤为基本方的有 4 个，它们的共同药物是人参、黄芪、当归、炒白芍、甘草、生姜、大枣 7 味，主要功效是补益气血、调和营卫。

(1) 大建中汤：《证治准绳》类方盗汗篇方，药物还有远志、龙骨、泽泻，并且说气虚加附子、腰痛筋急加肉桂，治疗虚羸弱、气短、倦怠、心悸、肢节酸痛、虚热盗汗。

(2)《证治准绳》类方恶寒篇又一大建中汤方的药物除共同药物外，还有附子、肉桂、半夏，治疗虚弱少气、腿酸不能站立、滑精、阴缩、腹中寒痛、少腹挛急、手足厥冷或乍寒乍热，与上方大同小异，缺少龙骨、远志等治心悸药。

(3) 十四味建中汤：《和剂局方》(《证治准绳》类方腰痛篇

名大建中汤，注明出于《和剂》）方，除上方所用药物外，再加白术、麦冬、肉苁蓉、川芎、熟地、茯苓，除外生姜、大枣，正好十四味，治疗气血不足、虚劳少气、体弱嗜卧、营卫失调。此方乃十全大补汤再加附子、肉苁蓉、麦冬、半夏而成，药物最全，适应面最广，所以适应证最原则性。

这3方显然与小建中汤轻补、重调和营卫不同，与第二类《金匮》、《千金》大建中汤的单纯温中益气也不同，而是补气药加强了健脾、补血，温中药改成了温阳益肾，气阳大补，气血双补。

(4) 乐令建中汤：《和剂局方》方，除共用药外，还有前胡、细辛、肉桂、麦冬、半夏、陈皮、茯苓，治疗体虚、消瘦、潮热自汗，将成劳瘵，从药味看，显然还能宣肺化痰止咳，与上述3方稍有不同。

另附：(1)《证治准绳》类方自汗篇有建中汤方，治表虚自汗，药用芍药、官桂、甘草、生姜、大枣、五味，显系桂枝汤或小建中汤之变方。

(2)《普济本事方》黄芪建中加当归汤方：即桂枝汤加黄芪、当归，无饴糖，治发热头痛，脉浮数尺中迟者。

(3) 加味黄芪建中汤：《证治准绳》“伤寒瘥后诸病篇”方，即黄芪建中汤加当归、人参、白术、麻黄根、牡蛎粉，也治气虚汗多。

(4)《证治准绳》幼科泻痢兼证篇方建中丹，药用胡椒、莪术、肉豆蔻、全蝎，治疗泄注不止、腹痛多啼，显然是温中活血、散寒止痛。

对于前2类建中汤，临床上遇到虚寒性脘腹痛都可用，尤其是虚寒引起的肠挛急性腹痛，如球部溃疡、肥厚性胃炎、肠痉挛等，病情较轻的用小建中汤，病情较重的用大建中汤，适当的可以增加一些理气止痛药，尤其是小建中汤，更应加些止痛药。例

如1981年11月30日诊治一贺性女患者，平时脾气急，与孩子也会生气。患胃脘痛及脐上部疼2年，发作期间饭前及夜间痛加重，得温暖及稍吃食物即可缓解，不吐酸水，钡餐透视为胃窦炎。辨证为中焦虚寒，曾用自拟柴桂木香汤治疗好转，间隔半年后疼痛又发作，再用原方效不显。改用小建中汤加木香、砂仁，2剂即减缓。后断续服用，半年后复查胃窦炎明显减轻。显然此例为木贼克土。又1982年10月27日诊治周某，系铁路管理人员，常上夜班，而且平时饮食不周，经常吃冷饭。患肥厚性胃炎已3年，发作时上腹痛，夜间加重，拒按，偶吐酸水，有时肠鸣，沿右侧腹胁部下行沥沥有声。余辨证为中焦寒，是阴寒之气横逆于腹中脏腑间引起的寒痛，按《素问·举痛论篇》之说，为寒气客于肠胃，故以《金匮》大建中汤加味，药用花椒、干姜、党参、半夏、炒白芍、炙甘草、木香，水煎服，3剂后减轻，又5剂基本不痛。

至于第3类方《证治准绳》的三个大建中汤，主要是补气血，甚至是益肾阳。现举一验案，1978年10月，刘兰×，女，27岁，农民，因产后半月洗头迎风，全身骨节酸冷痛，如出风状，喜暖喜衣被，腹中冷痛，二便正常，夜间自汗，汗前烦躁，四肢虚弱无力，嗜卧，舌苔薄白质平，脉细滑数，在当地曾服中西药治疗无效。当时拟诊为气血虚、风寒中经络、中阳不振，以十全大补汤去川芎加桃干、附子，水煎服3剂后，汗出不减，它症均减。因思汗前烦躁，脉细数，有虚热，加黄连毛、桂枝、白芍，去附子、肉桂，2剂汗止，但骨节冷痛如出风状、腹中冷痛、大便稍干。原方去黄连毛、桃干，又加肉苁蓉、附子、肉桂，并嘱其忌食生冷及避免腻滞，5剂而安。此方有些似十四味建中汤。1968年12月治一半哑巴（能说一些不连贯的词），反复揣摸后知某冬夜房事后受惊又受凉，第二天起即畏寒发热，乏力，腿酸，手足冷，少腹挛急冷痛，自觉阴器往腹中缩，并有抽

痛，有时似有粘液从阴茎中流出。诊为夹阴伤寒，辨证为肾阳虚衰，用十全大补汤去川芎、白术、茯苓，加小茴香、补骨脂水煎服，并用艾叶煎汤乘热薰阴部。连用3天后诸症状好转，效不更方，又连用5天而愈。这就有些类似《证治准绳》恶寒篇的大建中汤了。

三十六、何杰金氏病发热

李某，17岁，1975年就诊。因锁骨上淋巴结肿大、发热在济南某医院确诊为何杰金氏病，回家养病，预备作化疗。但恶寒、发热，出汗不减。考虑寒热往来、胸胁满、烦躁、汗出不解，显系少阳病，而尚有表邪，舌苔薄黄、脉浮弦大数为里有热，因而投以小柴胡汤加大青叶，药用柴胡20克，党参15克，黄芩12克，半夏15克，炙甘草6克，生姜三片，大枣3枚，莪术9克，大青叶25克，水煎服，嘱其切忌药后汗出当风。2剂热退减半，3剂已不发热恶寒，亦不汗出。嘱常吃全蝎（当地地产药材）。这病例主要考虑为结胸证，但是结胸而兼表邪，所以是大柴胡汤证，但不能用下药，《伤寒论》132条、135条诊为结胸证的，或者有“项亦强”的，都可用大陷胸汤下之，但136条说“其脉浮大者，不可下”，137条说“烦躁者亦死”，表示正气虚，预后不佳，当然不可下；140条说“热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤”。综合分析，这是瘀、热、痰相结，所以选用上方治疗，仿大柴胡汤而不用大黄泻下。1993年梁某大夫遇一急性淋巴细胞性白血病，发热不退，询于余。余谓之试用小柴胡汤加大青叶，发热也退。当然，急性白血病的发热可能与感染有关，似乎小柴胡汤加大剂量的大青叶也是对症的。

三十七、癌症舌紫或舌下血瘀

《形色外诊简摩》说："察病之吉凶，则关乎舌质。"《辨舌指南》说："辨舌质可辨五脏之虚实。"舌质色泽变化可反映病邪深浅，青紫舌和黑斑主要反映血瘀，舌下脉络粗大迂曲者，也如此，或兼血虚或兼内寒，还可见于酒客和中毒。但绝大多数正常人或一般性疾病是不可能出现青紫色舌质的。余 1979 年至 80 年在门诊值班时随手作了记录，确诊患癌症的患者，仔细察舌色，1 年内共察舌质 3 0 例，其中青紫蓝色舌质 14 例，舌边尖有黑斑的 8 例（其中与紫舌并见的 3 例），舌下瘀脉的有 7 例，绛舌 1 例，3 例未发现上述 3 种情况。所以舌质青紫或/及边尖有黑斑及/或舌下静脉瘀血的占 90%，当然例数少，也可能有先人为主的因素。但如果在临床上发现有青紫舌、瘀斑或/及舌下瘀脉粗大迂曲者，再仔细查一查是否有肿瘤，我看还是有必要的。

（以上由李兰香、郭淑芬编写）

三十八、调经五法

月经不调主要有 5 种证型，热、寒、气、瘀、虚，其他都是这 5 种证型的相互兼证，如气滞化热、胞宫寒瘀等。前 4 证都有一个突出的症状，即先、后、胀、痛，细述为月经先期为血热，月经后期为胞宫寒，行经前及/或行经期下腹部胀、甚或乳房胀为气滞，行经前及/或行经期下腹部疼、甚或经血有瘀块为血瘀，第 5 种虚证，宜从兼证分析。血热以凉血调经，四物汤去川芎加黄芩、香附，胞宫寒以温经散寒，四物汤去白芍加吴茱萸、乌药，气滞以理气调经，四物汤去白芍、地黄加橘核、郁金、香

附，血瘀以活血调经，轻则桃红四物汤去地黄，重则再加失笑散、三棱、莪术。虚证以补血调经，八珍汤加减。如果五种证型相互兼证、相互交错，可用上述五种主方相互加减，如气滞化热，则用当归、生地、赤白芍、黄芩、香附、郁金等，如胞宫寒瘀则用当归、川芎、桃仁、红花、吴茱萸、乌药、五灵脂、生蒲黄等。详可见该文篇。

护理方面：痛经较重者，经期注意休息及卫生，保持外阴清洁，避免剧烈运动，月经未净时忌房事和游泳，饮食上忌食生冷及刺激性食物，对青春期少女，解释月经的生理卫生常识以消除恐惧心理，解除思想顾虑，对由于七情内伤，气机郁结而发病者，嘱其避免精神刺激，保持心情舒畅，使肝气条达而痛经缓解，对寒证痛经者，给热水袋敷少腹部等综合护理措施。

三十九、女性不孕——子宫发育低下

容易怀孕是麻烦事，但结婚后不怀孕更是麻烦事。女性原发不孕症中，由于子宫发育不良者约占 15%。尝治一例子宫仅及正常人 1/3 大小的病例，结婚 5 年未孕，已用过乙底酚 + 甲状腺素治疗 1 年多，子宫大小未变化，改中药治疗。此女主诉仅月经量少，不伴小腹疼痛，周期及色泽正常，乳房偏小，阴毛略稀，外阴正常，舌苔脉象无特殊。辨证治疗属气血肝肾虚，禀赋不足，以肾阴肾阳、气血同补为法，行经期间以服八珍汤为主双补气血，经净期间以右归丸为主补肝肾，平时再加服胎盘片。调治 8 个月后怀孕。当时，据妇科大夫说如此子宫发育低下者，临床也较少见。

四十、血崩

朱丹溪《丹溪心法附余》说："经血暴下，久而不止，谓之崩中。治法初用止血，以塞其流；中用清热凉血，以澄其源；末用补血，以复其旧。"因此开始用清热凉血止血法，清热固经汤合两地汤加减等，这是有道理的，因为血得凉则凝，常规用凉药先止血。但也不尽然，需看病情、舌脉而定。余刚工作不久，接诊一青年女性陈某，新婚不久血崩，在农村拖延半月之久才来诊。一看他医用药都是一派凉药。察病人面色萎黄，舌淡苔薄，口唇指甲淡白，所流血色鲜红，量多，无瘀块，不伴腹痛，全身出虚汗，脉象细数，查血常规血小板基本正常，血色素 7 克。余辨证为气血两虚，用归脾汤加阿胶、蒲黄炭、棕榈炭等治疗。3 天后复诊时余不在门诊，他医认为血色鲜红量多，脉数是血热，改用凉药清热固经汤。又 3 天后再复诊，诉前次服药后流血量已减少，这次药后量又增多，余知是他药过寒矣，即又处归脾汤加阿胶等止血药，嘱如有效则原方不变继服，平时适当多吃些猪肝、鸡蛋、小米、面粉，并嘱其注意防风寒，出血量多时注意休息以减少盆腔充血，平时注意保持外阴部清洁等护理措施。1 月后来复诊，言服药 5 剂流血即止。此病不能考虑血色鲜红且量多、脉细数而辨为血热，宜舍脉从证。

四十一、术后、产后癫狂

例一，姜××妻，60 岁，胃切除术后烦燥欲狂，咬自己手指不觉疼痛，一度目不识人。自觉胸闷、纳呆。诊为手术后精神病（躁狂型），曾服各种西药无效。邀余诊治时已过半月。观舌苔白腻厚，两脉沉实滑，诊为术后癫狂，辨证为湿蒙清窍，心经

血瘀。药用苍术、郁金、半夏、陈皮、茯苓、石菖蒲、枳壳、远志、丹参，2剂即病去大半，续进5剂全愈。以后又服健脾丸1月，巩固疗效。例二，王××，女，26岁，产后40天就诊。产妇于顺产双胎后经常烦躁，呈发作性，欲哭叫奔走，不睡眠，胸闷，纳呆，二便自调，乳汁充足，恶露已净，舌苔白腻厚，脉弦滑数，诊为产褥期精神病（躁狂型），辨证为湿阻中焦，上蒙清窍。以化湿畅中为法，药用苍术、半夏、陈皮、茯苓、当归、石菖蒲、远志、香附、钩藤、神曲，水煎白天服，夜间单用夜交藤45克，水煎服。2剂后烦躁减轻，纳食好转。守方继用4剂而愈。这两种躯体疾病引起的精神失常，可能为内分泌功能紊乱引起。第1例可能是患者对手术恐惧，引起内分泌功能紊乱。第2例是生产时内分泌紊乱，损害了大脑的正常功能，引起精神失常。从中医病机分析，第1例是脾虚生痰（手术切除胃后），又手术引起血瘀阻滞经络（烦躁欲狂，当为心经），急则先治病，缓则再治本。第2例是生产失血，血不养心，除化湿畅中以治病外，又加用当归补血，大量夜交藤补益心肝，养血安神。这里所指的"治病"，着眼在舌苔白厚腻、精神失常，套用无痰不作癫而用化湿开窍法。第2例的产后癫狂，在宋·陈自明《妇人良方》中有记载，他分为三种，一是"产后癫狂，乃败血上冲，用大圣泽兰散，煎酸枣仁汤下，或……调好辰砂细末"；二是"产后狂言谵语，乃心血虚也，用朱砂末酒调下，龙虎丹参丸，琥珀地黄丸亦可"；三是"产后如见鬼神，或言语谵妄，皆由血气损亏，阴虚发热，或瘀血停滞"，以致心神烦躁而然也，宜以调经散治之"。《医部全录》注云："前证乃血虚神不守舍，非补养元气不可"，"前证当固胃气为主"，"前证若败血停滞，用调经散；若血虚发热，用八珍加炮姜；若心血虚损，用柏子仁散。大抵此证皆心脾血少所致"。看来是实证（瘀血）少、虚证（心脾血少）多。

以上病例均采取了饮食及情志调护，如嘱家人注意情志调节，避免诱发因素，细心开导病人，防止病人携带刀具等物品，改善饮食质量，调换花样，做到色味俱全，提高病人对饮食的兴趣，并禁忌辛辣、粘腻、肥甘等助湿生痰化热之品，合理的配合药物治疗。

四十二、产后身痛

产后身痛可见于产后或流产后遍身疼痛，或四肢疼痛，或腰背痛，或关节痛，或肌肉痛，也可兼见头痛，但都怕冷、恶风寒，得温则舒。由于产后的气血虚，经脉空虚，易出汗，风寒之邪易乘虚而人，又有瘀血停留，所以气血虚的多，风寒阻留于经络的多，兼血瘀的多，所以治疗时要以大补气血、温通经络、兼祛风寒、活瘀血。余于临床常用十全大补汤加附子，如果怕冷尤甚，甚至天热时穿棉衣，一脱棉衣即冷得难受，则加鹿角胶、细辛，从温通肾经和督脉经入手。现举二例：案一，杨××，女，38 岁，1998 年 3 月初诊。因流产后受风，全身骨节酸痛，受凉、即使微风吹身也觉冰冷彻骨，好象冷气自骨头中冒出一般，自汗出，乏力，来诊时身穿棉大衣。舌苔薄白，舌质略偏淡，脉沉缓。辨证为产后气血虚、风寒之邪入络，曾在外住院治疗少效，予十全大补汤去茯苓加附子、鹿角胶、细辛，药用党参 15 克 生炙黄芪各 20 克，炒白术 12 克，炙甘草 3 克，当归身 18 克，川芎 12 克，炒白芍 12 克，熟地 12 克，桂枝 6 克，附子 9 克，鹿角胶 5 克烊化，细辛 5 克，水煎服。连续服用十余剂后大为减轻，再断续服用 20 剂后基本治愈。案二，刘×兰，女，27 岁，1977 年秋初诊时产后 80 天。于两月前因洗头迎风而致全身骨节冷痛，如出风状，喜暖喜衣被，腹中冷痛，二便正常，夜间盗汗

或自汗，汗出前有烦燥，舌苔薄白舌质平，脉小滑数，曾在当地服用中药数剂无效。当时拟诊为产后气血虚，风中经络，中阳不振，以十全大补汤去川芎、甘草、茯苓，加独活、桃干、附子。5剂后骨节冷痛，腹痛减轻，汗出更多，舌质偏红，因思夜间盗汗且汗出前有烦燥，可能有虚热，遂仿当归六黄汤意，于原方去桂枝、独活，加黄芩，炙黄芪改生炙黄芪各半，连进5剂，是症渐减，遂愈。

四十三、交后小腹痛

此症实在并不少见，但一般易于忽略，古医书中也很少记载。《中医大辞典》、《中国医学大辞典》、《医部全录》等巨篇著作中也只在小腹痛等条目中偶尔提及。青年妇女于夜间感小腹隐痛，时有时无，无规律，白天不痛，此时应询问是否系性交后出现，不性交则不痛？因为患者总要隐去“性交”这一过程，并且她本人也绝对不会想到小腹痛系性交引起。这类患者肯定有生殖道及/或附件的炎症，如宫颈糜烂、阴道炎、附件炎、盆腔炎等，性交时性器官充血，再加机械刺激，如果不讲卫生，男性阴茎肮脏，致炎性物质留在阴道中，更易引起充血水肿，那就很容易在性交过后出现小腹隐痛，绵绵不休，或胀痛，甚至有的可引起腰骶部酸痛，白带多，或黄带、赤带。按中医辨证，应为肝脾不和引致内脏挛急或肾虚，或冲任损伤，如有黄、赤带则为湿热下注，如胀痛则为肝经气滞血瘀。治疗当疏肝理气、调理冲任、补益脾肾、活血祛瘀、清利湿热、缓急止痛。余经验此病多为虚实相兼。李某，25岁，平时黄带多，性交后小腹胀痛隐隐，持续1小时，已数月。辨证为肝经气滞血瘀、内脏挛急、湿热下注，予制香附、台乌药、全当归、炒白芍、炙甘草、苦参、盐水炒吴茱

萸、薏苡仁、川芎、青皮，水煎服。3剂后，症状已减轻许多，调方治黄带。牟某，30岁，性交后小腹及腰骶部均酸痛绵绵，持续一二小时。余辨证为冲任受伤、肾督虚，治以炒杜仲、桑寄生、当归身、熟地黄、川芎、炒白芍、炙甘草、制香附、党参、肉桂，水煎服。5剂后症状减轻，续服1周而愈。

此病在治疗过程中当注意调摄，夫妇双方都要平时注意阴部卫生；男方不能太用劲挤压女方，性交要柔和些，也可以更换性交姿势；如有阴道炎、附件炎等，要及时治疗。

四十四、新阴阳易

《伤寒论》391条说："伤寒阴阳易之为病，其人身体重，少气，少腹里急，或引阴中拘挛，热上冲胸，头重不欲举，眼中生花，膝胫拘急者，烧裩散主之。"这实际上讲的是伤寒病基本治愈或将愈未愈时，因房室不节而引起的劳复。房室不节最易耗伤肾精和肝阴，所以往往出现肝肾虚、肝阳上亢和大病后正气未恢复的症状。如此则"阴阳易"，一名乃为由于男、女间的性交而病情改易（原为伤寒病，现为女劳复）。有的古医家认为"阴阳易"应为男病传女、女病传男之谓，这似乎应该是新发之病当与原发病之症状相同或至少是略轻一些才是。但《伤寒论》的六经及霍乱七种证候都没有类似的病证。实际上，临床是可以遇到的。余在20年前曾遇一例，徐男为小学教师，马女为护士，婚后3月，一日女病重感冒，经治疗5日，将愈未愈时，男忽病感冒，也邀我诊治。余开玩笑说"怎么搞的，她传给了你?"，说者无意，听者却说："是呀，都怪我，前天晚上她本不愿意，但我硬要同房，出了一身大汗，受了一点凉，昨天早上就觉得全身酸重，乏力，头重，头晕，有朦胧感，呼气很热。"而恶寒重发热

轻、咳嗽等感冒症状（女方有，且是主要症状）却未见。余想起“阴阳易”一症。余想，病时也想同房，可见平时性生活一定颇频，可能平时就有肝肾虚的症状。细询之下，果然如此。因而予杞菊地黄汤加炒杜仲、桑寄生、防风、苍术、荆芥，服后遍身微汗出而愈。可见本案例的病证乃肝肾不足，外邪侵袭，轻度感冒，日本人谓之“违和”。本文标题之所以杜撰为“新阴阳易”，乃是因本案例与“阴阳易”的两种解释均不同，既不是由于性交而引起自身症状的改变（伤寒变劳复），也不是男女互相传染，但症状和意义却有些相同。

（以上由赵良倩、曲秀霞编写）

第四篇　医话集锦

一、胃受寒则阳气郁而生湿

从来都说脾虚生湿，因为脾为湿土，喜燥；脾虚又不能运化水液，所以水湿停留。但中焦本是气机升降之通路，胃为阳脏，胃为脾之表。《灵枢·师传》篇说："食饮者，热无灼灼，寒无沧沧，寒温中适，故气将持。乃不致邪僻也。"饮食入口，虽不能热，也不能冷。胃受寒则中焦气郁，中阳受困，使脾也受害而运化减弱，故生内湿。如中焦有湿，拟燥湿化湿，最好是加些通阳温胃之类药物。

二、九窍不和，都属胃病

胃之受纳，人得食则昌，因此胃为后天之本。只有胃气足，脾才能运化，才有精微供九窍，九窍就能和而发挥正常生理功能。例如目得血而能视；中气不足，溲便为之变等。因此"九窍不和"在某种意义上说"都属胃病"。这样，治疗九窍的病变，应该加些和胃健脾药。

三、胃虚则食少，脾虚则泄泻

胃为水谷之海，仓禀之官，即主受纳，主降，胃以降为和。如果胃虚则不能受纳、不能降，也就不能和，因此不能食。脾主运化，主升，主转输精微。如果脾虚则不能腐熟水谷，不能运化

精微，不能升清，因此要泄泻。“胃虚则食少”与“脾虚则泄泻”相对而言。对食少纳呆宜健胃，对泄泻要注意健脾。这里的“泄泻”指慢性泄泻。《灵枢·邪气藏府病形》篇说“大肠病者，肠中切痛而鸣濯濯，冬日重感于寒即泄”，与此不同。

四、上焦肺失宣化，下焦肠液则枯

上焦如雾、中焦如沤、下焦如渎。肺失宣化则上焦无雾，中焦则无沤，下焦当然也就无渎。下焦包括大小肠，“无渎”则肠中缺乏津液，肠液就枯。再说，肺与大肠相表里，肺失宣化则肠道不通，传导失司，而且大小肠是气相通的，大肠传导失司，小肠分清泌浊必受影响，因此肠液就枯。临床如见到肠枯津虚便秘，在增液润肠之外，尚可加宣肺肃肺之品。

五、风无定性，因天时寒暖而寒化热化

风为阳邪，易于化火，因此风邪中人，病情易化热，这是一般规律。但四时之风因天时之寒暖而不同，秋冬之风为寒风，中人易患“伤寒”，春夏之风为热风，伤人易患“中风”。然而秋冬季节由于不正之气，不当暖而暖，则易患风热之表证，甚或内传为阳热之疾；春夏季节由于不正之气，不当冷而冷，则易患风寒外感，甚或阴暑。这就是所谓风因天时之寒暖而易于寒化、热化。《灵枢·九宫八风》篇说：“风从其所居之乡来为实风，主生，长养万物。从其冲后来为虚风，伤人者也，主杀主害者。”即是说，自本方来的谓之正风，不伤人。如秋冬之风本从西方、北方来（秋候西、冬候北），虽为寒风，但在秋冬为正风，不伤人，

即或对冬季作物如冬小麦等，也是“长养”的。春夏之风，本从东方、南方来（春候东、夏候南），虽为热风，但在春夏乃正风，不伤人，也主长养万物。从冲后来的为贼风，即虚风，易伤人。如秋冬而刮热风，很易流行冬温、春温，现代的流感、出血热、腮腺炎等，常如此，冬小麦在冬季疯长，夏季能结麦子吗？主杀主害。如春夏而刮寒风，也会引起流感、腹泻等，今年夏季很多城市因大量使用空调，不当冷而冷之，结果以恶寒无汗为主要症状的流感、腹泻稀黄水（中寒）为主要症状的泄泻患者就不少。植物对倒春寒的气候，也是不利生长结实的。风无定性，因天时寒暖而寒化热化，此即谓也。所以临证时要考虑发病时的气候情况和患者居处的寒暖情况。暖秋暖冬或居处室温过高，易患温燥、风热或外寒包火表证，春寒、夏寒或居处室温过低，易患风寒、洞泄、阴暑等症。

六、风邪袭人，当防护项背

人体胸腹为阴、背为阳，似乎应该是背部抗御风邪能力强，胸腹部禁不得风吹雨打，其实不然。背部足太阳经、督脉经，反倒是不能受寒冷之处。例如夏季冷雨淋浇背部，夜半冷风直贯背部，很容易患恶寒无汗、发热、咳嗽之表寒证。从经络来说，太阳经为六经之首，人体的藩篱，统营卫之气，卫外而为固也，但表邪也正是从太阳经先感受起，六经传变由太阳起始。以俞穴来说，后项、背部的穴位如大杼、风门、肺俞、风池、风府以及经外奇穴喘息、咳嗽等都是与表证有关的，受邪很易使肺气郁闭失宣。《灵枢·九宫八风》篇说：“从其冲后来为虚风，伤人者也。”这“冲后”也可理解为人体背后。临床如遇外感患者或体弱、老人、孩子，可以作为一条调护措施告诉他们。

七、头为诸阳之会，唯风可到

头位至高，且是清阳所居，手足三阳经皆会聚于头面，所以一般邪不可达，惟风为百病之长，无处不到，因而可达头部。在临床上，头部之疾病常找风邪为病因，如头痛暂则为风，久则为头风；如布蒙裹则为风湿；目赤耳聋为风火；口鼻干燥为风热等等。治疗也是这样，头部的疾病往往加祛风药。

八、因于寒，体若燔炭，汗出而散

本句源出于《素问·生气通天论篇》，原文为“因于暑，汗，烦则喘喝，静则多言，体若燔炭，汗出而散。”因为受寒而致体肤如燔炭，是为风寒外邪束表，可用发汗的方法而退。这种病往往表现为恶寒重、发热轻、无汗，是《伤寒论》中的伤寒病之类，尽管体温很高，仍当辛温发汗解表。如果这病人已经化热，自觉发热而不恶寒，大汗出，一般说，不会“体若燔炭”的，假如仍“体若燔炭”，那就不可“汗出而散”，当用清热解毒、甘寒退热等法。《素问》的原文，本是指夏季受寒中暑而引起的体肤发热用发汗药，热气施散。

九、痛者寒气多也，有寒故痛

这句话出于《素问·痹论篇》。关于四肢痛的，《痹论》说“寒气胜者为痛痹”，又说：“痹……或疼久者……其留连筋骨间

者疼久”。那么为什么有的人会寒气多而痛，就是因为“阳气少，阴气多，与病相益，故寒也”。这阳气所以少，阴气所以多，与患者的禀赋有关，与所受的寒邪轻重（居所、环境）有关。禀赋相当于先天遗传、家族因素。四肢关节疼痛，现代的风湿类疾病就是这些原因，中西医不谋而合。至于胸腹中的藏府疼痛，《素问·举痛论篇》岐伯回答黄帝所问各种五脏疼痛的原因和病机有13种，但由于寒而引起的有12种，只有腹痛而大小便秘结的为热结大小肠，即使大小便不通引起的腹痛，虽热多，也有寒。所以临床如遇各种疼痛，首先要想到是否“受寒”。

十、病热少愈，食肉则复，多食则遗

热病愈后，有食复、劳复、女劳复等，而往往食复为多。食物也分性热、性凉二种。常见肉食大多性温热，如牛肉甘温、羊肉甘热、狗肉咸酸温、鸡肉甘温。唯猪肉咸寒，但也“能生湿痰，易招风热，伤风寒及病初起人，尤为大忌。”（《本草从新》语）所以热病后不宜肉食而宜清淡之品，多食肉类则热病易复发。另外，热病伤气、伤阴，中焦首当其冲，极易运化功能减低，故热病后易出现消化不良，所以多食则熟腐、运化更差而大便稀。

这一条对热病后期的调护、饮食宜忌大有用处。

十一、热久不退，乃阴液枯不能作汗

热久不退，原因多方面，营卫不和（《伤寒论》54、97条）、湿温、气虚、阴虚，还有杂病中的一些疑难症、险恶症，以及某

些外科病症。但本条所指乃是津液虚、无以作汗而热不退，可见是表证。《伤寒论》表证而不可发汗，有85～91条，其中指阴津血虚而不可发汗的有6条，可见阴液虚不但不能发其汗，也不能使其作汗，如是则可用养阴解表或养血解表法，仿《外台秘要》葱白七味饮、《通俗伤寒论》加减葳蕤汤等，如《伤寒论》49条所说的“须表里实，津液自和，便自汗出愈”。因此在临床如见到热久不退，除考虑上述几种病症或原因外，尚需辨析是否系阴津虚。

十二、无积不成痢

凡痢疾，发作时总有里急后重、滞下、便下红白粘液等，而且有腹满痛或胀痛，或纳呆，舌苔也往往腻或厚腻，辨证总是湿热气滞等。病因也大都有不洁饮食史。就是说痢疾一症总有食积、气滞。没有不洁饮食、没有食积，不会患痢疾。因此治法是通因通用。但在治疗时却往往忽视了消导药、理气药。在临床上如果同样用清热燥湿药，加与不加理气消导药，疗效不同。余曾治数例痢疾患者，用药后虽痢止，但腹闷胀、纳呆不舒，检视前医用药，有清热解毒、燥湿收涩的药，唯缺理气消导。再予以一二剂理气消导药皆可解除。常用的理气药有槟榔、枳实、厚朴、青皮、木香等，常用的消导药有焦山楂、鸡内金、神曲等。

十三、虚则生寒，实则生热

这里的虚和实，指气虚和气实（气有余）。正气虚甚则渐及阳虚，故生寒；气实即气有余，便是火，故生热。脏腑气化相

通，类推之：脾胃虚也生寒，补虚时，用药略带温；胃有积滞，易生热，故消导药中往往也略配以清热药，如保和丸中之连翘。肝体阴用阳，因此肝虚即肝血虚，也生寒，所以补肝药也带温；肝气实即肝气郁滞，如六鞠丸疏肝解郁，方中也用栀子。肝气郁久会化热而转变为肝火，火势炎上成肝阳、肝风，用药总是清凉。这就告诉临床医生：气虚会生寒，血虚也可能，用药注意偏温（当然血虚生虚热是另一回事）；气滞会生热，血瘀也可能，用药要注意偏凉。

十四、天暖则轻，遇寒则甚，此阳虚留饮为患

此处所指留饮，应包括湿邪。如果在痰饮病则指饮邪，如果在风寒湿着痹，则指湿邪。但都是由于阳虚，饮、湿之邪不化而停留，素体阳虚之人，平时恶寒冷而喜温暖，例如中阳不足、胃寒之人恶凉食、冷饮，气阳不足者喜厚衣被，《伤寒论》11 条，以“欲得近衣”或“不欲近衣”为“里有寒”（真寒）或“里有热”（真热）之辨别，289 条则以“欲去衣被”为阳气恢复之表现，都说明了里有真寒的或阳气虚弱的喜温暖，喜温暖的当然天暖则疾病、症状减轻而遇寒冷则疾病、症状加重。还有一种头风、久头痛患者，后项如受风冷刺激，头痛可即时加重或发作，督脉阳虚，经络痰饮阻留为患也。可用温通经络、发散风寒，尤宜用虫类药治之。

十五、善食而瘦，是胃火脾虚

本句源出于《脾胃论》的“脾胃胜衰论”，原文是“又有善

食而瘦者，胃伏火邪于气分，则能食；脾虚则肌肉削”。多食、善食是胃有虚火，所谓消谷善饥，《灵枢·经脉》篇说：“胃足阳明之脉，……其有余于胃，则消谷善饥。”胃中热则熟腐作用太过，因而善食而瘦。它不是真正的脾运旺盛，相反是脾虚，胃有火，所以消瘦，相当于中消。刘完素的《素问病机气宜保命集》关于中消也认为是由于脾胃燥热，也没有认为有脾虚的因素。《伤寒论条解》383条最后二句就提到了脾虚的因素：“到后经中，颇能食，复过一经能食，过之一日当愈”，是指脾胃中气恢复，疾病能自愈；而“不愈者，不属阳明也”一句是说虽能食而病不愈，那就不是胃的疾病，可能是胃强能食（胃有火）、脾虚不运化。其实，善食而瘦是脾阴虚，胃有虚火，单纯用白虎汤清热，黄连清热，均非很适宜，宜用大剂量山药之类柔润补脾，清其虚热。实际上，《灵枢·五邪》篇说：“阳气有余，阴气不足，则热中善饥。”其中“阴气”不足即指脾阴。

十六、胃中热则消谷，寒则腹胀

这是讲的胃热、胃寒引起的常见症状，原文出于《灵枢·师传》篇，曰：“胃中热，则消谷，令人悬心善饥，……胃中寒，则腹胀。”《灵枢·大惑论》篇也说“精气并于脾，热气留于胃，胃热则消谷。”上条已讲过胃热消谷善饥。《素问·风论篇》说：“其寒也则衰食饮，其热也则消肌肉。”王冰注云：“寒风入胃，故食饮衰。”又说：“胃风之状……食饮不下，鬲塞不通，腹善满，失衣则腹胀，食寒则泄，诊形瘦而腹大。”王冰从阳明胃经所经过之部位论述，结论是：“胃中风气蓄聚，故腹大也。”《灵枢·胀论》篇说：“胃胀者，腹满，胃脘痛，……大肠胀者，腹满而痛濯濯，冬日重感于寒，则飧泄不化。”又说：“然后厥气在

下，营卫留止，寒气逆上，真邪相攻，两气相搏，乃合为胀也。”说得很清楚，胃或大肠中有寒气，影响营卫之运行，并且与肠、胃中之正气相搏，就出现脘腹部的胀满。在临床如遇腹胀，要多想一想是否为胃或大肠中有寒邪。另外，如果这腹胀的确不是由于热结引起，用理气药偏温的好。还有一种腹胀是脾胃虚寒引起，也属寒。

十七、胃有寒饮则呕吐清水

《景岳全书》卷二十呕吐篇说：“凡病呕吐者，多以寒气犯胃，故胃寒者十居八九，内热者十之一二。”这说明呕吐大多是胃寒引起。呕吐清水虽有食积、虫扰引起（虫扰的呕吐而吐清水者很少见），毕竟以胃气虚寒或复感寒邪或寒饮留胃而引起的多。现代也有见口渴饮水多，但水入即吐，因而呕吐清水而名之曰水逆的，与《伤寒论》太阳篇用五苓散的水逆，似乎也不同，这是胃有伏邪寒饮所致。《素问·至真要大论篇》说：“太阴之复，湿变乃举……食饮不化，阴气上厥……唾吐清液。”王冰注曰：“湿气内逆，寒气不行……肠胃寒湿……食饮不化……喉中恶冷，故唾吐冷水也。”也是说的脾胃寒湿而致呕吐清水。所以如见呕吐清水，中有寒饮为多，宜以温中健脾化湿和胃，六君子汤加减。

十八、脾胃俱虚则不能食而瘦，或少食而肥，虽肥而四肢不举

本句源出于《脾胃论》的“脾胃胜衰论”，原文所说与之相同。然而这也是从临床得出的经验。脾主运化、四肢、肌肉，胃

主受纳，脾胃俱虚则既有受纳差不能食或食少，又运化弱而吸收不佳，肌肉弱而消瘦。但脾胃虚也可以运化水湿能力差，痰湿盛，久之形体肥胖。这种肥胖不是真正的强壮，是骨弱肌肤盛的那一种类型，因此虽肥而四肢不举。

十九、解之不汗，清之热不泄，以夹杂湿邪故也

临床每见一些发热病人，用解表药后不出汗，或汗出不畅，或汗后热虽暂退而过后热仍复升；用清热药后热邪仍不泄，发热仍如，极宜辨析是否夹杂湿邪。湿性粘腻，缠绵难除，湿与热相结则更难治。

二十、肾司二便，肾少蒸化则大便不调

“中气不足，溲便为之变”，都能理解、易记，因为大小便是由于胃受纳、脾运化，大肠传导、小肠分清泌浊而变来。但也经常见到调益中气而不能使大便复常，此时当深究肾阳是否亏虚。肾阳蒸化腐熟水谷，脾阳依赖肾阳而运化，大小肠也依靠脾阳、进一步依赖肾阳而发挥传导、分清泌浊的功能，所以肾阳不足、肾少蒸化也令大便不调，这种不调包括便稀和便闭，以便稀多见。肾司二便，小便不调也可能与肾阳不足有关。

二十一、病日轻夜重者，多属阴邪

白昼与夜晚性质相反，白昼属阳，轻清、亢进、运动、温热都是；夜晚属阴，重浊、衰退、静止、寒冷都是。《素问·金匮真言论篇》说：“平旦至日中，天之阳……日中至黄昏，天之阳……合夜至鸡鸣，天之阴……鸡鸣至平旦，天之阴……故人亦应之。”人与自然界是相应的，所以《素问·生气通天论篇》说：“故阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而阳气隆。”如患病，由于白昼属阳，人身阳气隆，阳邪之病也就会加重；夜晚属阴，人身阴气盛，阴邪之病也就会加重。所以说，病日轻夜重者为阴邪，相反则日重夜轻为阳邪。这为临床指出一条规律供辨证时参考，当然不一定皆如此。另外，《灵枢·顺气一日分为四时》篇说：“朝则人气始生，病气衰，故旦慧；日中人气长，长则胜邪，故安；夕则人气始衰，邪气始生，故加；夜半人气入藏，邪气独居于身，故甚也。”这从人体正气旺衰来说的，虽然阳邪、阴邪都可以旦慧昼安夕加夜甚，但结合夜晚属阴，阴邪更容易长这一点看，旦慧夜甚者多属阴邪。

二十二、阳虚则恶寒于日，阴虚则发热于夜

如上条所述，白昼人身阳气旺，如阳虚，则白昼恶寒，而且是寒从内生的畏寒，夜晚人身阴气盛，如阴虚，则夜晚发热，而且是热从内生的内热。所以临床如遇白天恶寒，尤其是畏寒，要多从阳虚考虑；夜晚发热，尤其是内热，要多从阴虚考虑。

二十三、鼻渊清冷，乃气机闭郁

前指鼻流清涕，后指肺气闭塞。肺开窍于鼻，鼻为肺气出入之主要门户（还有汗孔毛窍）。如果鼻流清涕，皮肤受冷、汗孔毛窍闭塞可引起，当然肺气也闭郁。在临床如果见到鼻渊清冷、鼻流清涕，在宣散风寒表邪时，也要注意宣肺气，及/或补肺气。如果见到某患者经常的鼻渊清清、鼻流清涕，可能是肺气虚而气机闭郁，更要注意补肺气。

二十四、忧愁者，气闭塞而不行

忧愁与思类似，《素问·举痛论篇》说："思则气结。"又说："思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。"气结即气留蓄不行，亦即气机闭塞。气结与气郁（见《丹溪心法·六郁》）、气积（见《儒门事亲·五积六聚治同郁断》）、肝郁气滞类似，治疗也大致相同。一般都用理气药，如六鞠丸、木香调气饮之类；兼痰浊内阻，宜化痰，用四七汤；如见噫气痞塞，宜大七气汤；如见纳呆，可加消导药。但忧愁气结者一般忌补，如久病，适量加些健脾药如白术、茯苓之类还是可以的。

二十五、静则病加，动则稍安，为气血郁阻

大多疾病都是休息后症状减轻，虚证、外感、损伤、痈脓等等，不胜枚举。也有一些疾病如食积、郁症、失眠等，活动后反能减轻症状（当然不是剧烈活动），气滞血瘀也在此列。经络血脉中应该气血流行昼夜50周而为安，人的活动能促使气血流畅，

反之则气血流行不畅甚或气血郁阻。所以活动后稍安、安静时症状加重就意味着人体经络血脉中气血郁阻。曾有报道一美国富翁连丢儿辆轿车后愤而步行上下班，每日步行10公里，结果原患的高血压、冠心病不药而愈，体力大增，面色红润。这例高血压、冠心病，按中医辨证极有可能是气血郁阻。临床常见扭伤腰疼痛，久坐后站不起来，局部轻轻捶拍、活动后减轻，也是这个道理。

二十六、血倒行者因乎气，气逆则血溢

由气虚、气逆、血瘀、火热等引起的崩漏、吐血、呕血、咳血、衄血、便血、尿血、瘀斑等血液不按经脉运行而溢于脉外的，称血不归经或血不循经。但吐呕血、咳血衄血等由上窍而出的谓之血倒行，经行吐衄又称逆经、经逆、倒经，更是血倒行。这种吐、呕、衄血，不管是否正值行经期，都是由于郁怒伤肝、肝郁化火而引起。《素问·举痛论篇》说："怒则气逆，甚则呕血及飧泄，故气上矣。"这说的是怒则阳气逆上而肝气乘脾，故呕血（及飧泄）。《素问·至真要大论篇》所说的"少阴司天，热淫所胜，怫热至，火行其政……病本于肺"和"少阴司天，火淫所胜，则温气流行，金政不平……病本于肺"，都提到"咳唾血"、"鼽衄"，也是指火克金、血随气逆。《灵枢·玉版》篇明说"衄而不止"、"咳且溲血"、"呕血"都是"逆"，也是此意。

二十七、阳病发于冬，阴病发于夏

本句源自《灵枢·九针论》之"五发"，原文曰："阴病发于

骨，阳病发于血，以味发于气，阳病发于冬，阴病发于夏。”这二句的“阳病”、“阴病”是指“阳虚”和“阴虚”。从《素问·阴阳应象大论篇》中“阴胜则阳病，阳胜则阴病”、“阳胜则热，阴胜则寒”来看，阴胜则阳病则寒，阳相对虚；阳胜则阴病则热，阴相对虚。下面又说“阳胜则身热，腠理闭，喘粗为之俯仰，汗不出而热……能冬不能夏。阴胜则身寒汗出，身常清，数栗而寒，寒则厥……能夏不能冬。”因此，阳胜阴病则热，阴相对虚，能适应冬季而不适应夏季，夏季易发病，这是阴病发于夏；阴胜阳病则寒，阳相对虚，能适应夏季而不适应冬季，冬季易于发病，这是阳病发于冬。既然有了这样的规律，那么如果某病人常于夏季发病，不耐热，多考虑阳胜、阴虚，至少要告诉病人平时尤其是夏季少吃辛辣、酒酪等助火之物，多吃黑白木耳、百合等滋阴补品。如果某病人常于冬季发病，不耐寒，则多考虑阴胜、阳虚，至少要告诉病人平时尤其是冬季少吃寒凉耗气之品，适当多吃些羊肉、犬肉、核桃肉等温暖助阳之物。

二十八、血不归肝则不卧

本句源出于《素问·五藏生成篇》，原文为：“故人卧血归于肝。”而王冰注：“肝藏血，心行之，人动则血运于诸经，人静则血归于肝藏。何者？肝主血海故也。”反其意则为“血不归肝则不卧”。释义，王冰所注已颇详。人在活动时，血液充盈流行在血管、“诸经”，人在安静时，有部分血液储藏在肝，这一点，中西医学是结合得很好的，认识统一。原文的“人卧”，并不一定指睡眠，而是指“安静”、“休息”，这在王冰注中已说明。由于临床上有部分失眠患者是肝血虚证型，如果肝血充足即血归于肝则不会失眠，而采用补肝血的办法给以治疗而收效，因此就提炼

出一句“血不归肝则不卧”，将“卧”的含义从“安静”、“休息”而扩大至“睡眠”、“寐安”了。当然，影响“睡眠”、“卧”而与肝有关的还有如下因素：①肝壅，《素问·大奇论篇》：“肝壅，两满，卧则惊。”②肝实，由于肝藏血，血有余则实，令人善怒而卧不安。③肝痹，《素问·痹论篇》：“肝痹者，夜卧则惊。”④肝热，《素问·刺热篇》：“肝热病者，……热争则狂言及惊，胁满痛，手足躁，不得安卧。”⑤阴虚，《灵枢·口问》篇：“卫者……夜半则行阴。阴者主夜，夜者卧。”“阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽而阳气盛，则寤矣。”《灵枢·邪客》篇更说明“卫气者……不得入于阴，阴虚，故目不瞑”。⑥营气衰少，《灵枢·营卫生会》篇：“老者之气血衰……营气衰少而卫气内伐，故昼不精，夜不瞑。”实际肝壅与肝实不可分，痹即气血不通，肝痹即肝的气血不通，局部来说也是肝壅、肝实，所以此三者基本相同。阴虚与营气衰少也大致相同。归并后则成为肝实、肝血虚、肝热三证型。

二十九、读书易忘者，心血不足而痰火乱其神

“读书易忘”与其它事的“健忘”是同一回事，古称“善忘”、“喜忘”。《素问·调经论篇》：“血并于下，气并于上，乱而喜忘。”这是说血盛于膈下则心血不足，故善忘。《素问·四时刺逆从论篇》：“秋刺经脉，血气上逆，令人善忘。”这是说气血上逆壅于肺中，而生痰热，痰热扰乱心神，故善忘。《灵枢·大惑论》篇：“上气不足，下气有余，肠胃实而心肺虚，虚则营卫留于下，久之不以时上，故善忘也。”这还是说的心血虚而善忘。所以说健忘之原因多为心血虚、心火旺、肾精虚、痰火盛，尤其是读书易忘，更是心血不足多见。所以在临床如见到劳心神、用

脑过度的健忘患者，常用补心血法治疗，如果舌苔厚腻，痰湿盛的，可加用健脾化湿消痰类药物。

三十、食荤油则便溏，肾火衰不能蒸运脾土

一般说进食生冷油腻之品或较难消化的食物而腹泻或腹泻加重的，应该说是脾虚，这是脾阳虚，中焦有寒。但在临床实践中，单纯健脾往往乏效，因为脾阳虚发展到这种程度则已经肾阳虚了。《景岳全书·泄泻》篇："久泻无火，多因脾肾之虚寒也。"火为土母，命门火衰不能温运脾阳，脾阳虚则中焦多寒，所以形成脾肾阳虚，真火不能熟腐水谷、荤腥、油腻食物，治疗当温肾健脾消导止泻。

三十一、脾虚则谷食无味

谷食无味即口淡无味，又叫饮食无味，食不知味。《灵枢·脉度》篇说"脾气通于口，脾和则口能知五谷矣。"本句即源出于此。虽然谷食无味有可能是湿阻中焦引起，但湿阻中焦证型往往伴有口中粘腻、口干不欲饮、甚则恶心欲吐等症状，舌苔厚腻或白腻，容易鉴别。由于各种原因引起的脾胃气虚，运化转输失职，因而口淡无味、疲乏无力、甚或腹胀便溏等，临床治疗宜用香砂六君子汤加消导药，益气健脾和胃。

三十二、肺气虚则鼻塞不利

本句源出于《灵枢·本神》篇，原文说“肺藏气，气舍魄，肺气虚则鼻塞不利，少气，实则喘喝胸盈仰息。”鼻塞有风寒外束、风热外感、肺经热郁、肝胆湿热及肺气虚、肾阴虚等证型，前四证，尤其是风寒、风热最常见，后二证较少见，但也难治。独提出肺气虚则鼻塞不利者，是因为提醒不要忘记此证型。肺开窍于鼻，肺气虚则鼻失荣养，因而嗅觉减退，鼻塞不利。《素问·五藏别论篇》说：“故五气入鼻，藏心于肺，心肺有病，而鼻为之不利也。”是说水谷入胃，精微物质上输于心肺而为气血，气血虚则鼻为之不利。这种证型，大概相当于萎缩性鼻炎之后期。

三十三、秋冬咳嗽，春夏自愈，是肾气收纳失司、阳不潜藏

前面第14句说“天暖则轻，遇寒则甚，此阳虚留饮为患。”是指阳虚之人，饮、湿之邪不化而停留，包括湿邪和痰饮之邪。如果是痰饮，当会引起咳嗽。本句单指咳嗽，一年四季中秋冬寒冷，气门闭，呼吸之气只能由肺出入、宣散、肃降，如果阳虚，尤其是肾气收纳失司，肺气就不能肃降，因而上逆为咳嗽（也包括喘息）。春夏天暖，气门开，呼吸之气除由肺出入外，气门也能暗中出入，即使是肾气收纳失司，肺气之肃降也会容易，因而咳嗽的发生也相应的减轻或减少。《灵枢·九针论》篇说：“阳病发于冬，阴病发于夏。”就是指阳虚病善发作于冬季，阴虚病善发于夏季，从人身之阴阳与自然界之阴阳相适应这一点来说，肾阳虚、肾不纳气之咳嗽，也易发作于秋冬，而于春夏季则减轻。

三十四、得食则缓者，胃虚求助也

《灵枢·百病始生》篇说："是故虚邪之中人，始于皮肤……留而不去，则传舍于经脉。"下面是依次传舍于"经"、"输"、"伏冲之脉"、"肠胃"、"肠胃之外，募原之间"，然后则"留着于脉，稽留而不去，息而成积"。如果"痛而外连于缓筋，饱食则安，饥则痛"，说得很清楚，是"虚"邪留在肠胃之外，募原之间，引起疼痛则饱食则安，饥则痛作。胃为仓禀之官，受纳并熟腐水谷，所以说虽然是募原之间，仍是胃的病。临床如遇胃痛于进食后减轻，则可补气健脾，仿小建中汤加减。余在使用舒肝温胃汤治胃脘痛一文中就已作了说明。

三十五、脾弱则食入困倦，精神昏冒而欲睡

本句所述之病症名"饭醉"（见《杂病源流犀烛》及《东医宝鉴》杂病篇），又名食后困顿、谷劳（见《诸病源候论》谷劳候）。《脾胃论》"脾胃胜衰论"谓之"食"。虽然本病还有痰湿困脾的证型，但痰湿困脾者除食后欲睡之外，平时也头重身困、胸脘满闷、纳食减少、甚或平时也嗜睡、精神困顿，与本证型的仅食入困倦欲睡不同。《诸病源候论》谷劳候说："脾胃虚弱，不能传消谷食，使腑脏气痞塞，其状，令人食已则卧，支体烦重而嗜眠是也。"《脾胃论》"脾胃胜衰论"说："若饮食不节，损其胃气，不能克化，散于肝，归于心，溢于肺，食入则昏冒欲睡。"二位作者都认为本病是脾胃虚，后者更认为是由于饮食不节而损伤的胃气，治疗则用健脾益气法，六君子汤加消导药。如病久则脾虚进而及肾，《灵枢·海论》篇说："髓海不足，则脑转耳鸣、

胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”

三十六、阳气式微则背寒足冷

本句源出于《素问·通评虚实论篇》，原文为“气逆者足寒也”，是指气上行而不顺，下焦气虚而足寒，实指下焦阳虚。《素问·阴阳应象大论篇》说：“清阳实四肢”，又说：“阳胜则热，阴胜则寒”。《类证治裁·厥症》所说的“寒厥者，身寒面青，四肢厥冷”，就是《伤寒论》少阴病、厥阴病中的阳虚寒厥。由于阳虚清阳不能“实四肢”，四肢阴寒盛而“寒”。说“足冷”，乃是因为足离躯干较手为远，阳虚四肢厥冷，首先是足冷，手不冷时足已冷了，以足冷来代表四肢冷。背部为身之阳，有足太阳膀胱经经过，脏腑之俞穴皆在背部，太阳又是人身之藩篱，卫外，更有督脉经经过，督脉主一身之阳，所以阳虚则背部寒冷。临床如见背部寒冷，四肢厥冷，尤其是足冷，要首先想到是否阳虚，是否可用四逆汤。另外，如果阳虚病人，作为调护方法之一，尤要避免四肢及背部受寒，之二则可用温热水浸浴四肢，尤其是双足，还可在背部进行热敷。

三十七、气血不足则觉寒

《伤寒论》347 条、351 条都讲到血虚血不荣于四末可以引起四肢厥逆。人身背为阳、腹为阴，再说腑之俞穴皆在背部，而脏腑之气血又都注人俞穴，所以，寒冷首先在背部体现出来，四肢和背部都觉寒冷则身寒。

三十八、暴怒伤阴，暴喜伤阳

本句源出于《素问·阴阳应象大论篇》。《素问·生气通天论篇》说："大怒则形气绝，而血菀于上使人薄厥。"如果怒由肝胆火旺引起，当然是"热"；如果怒由肝郁气滞引起，也可郁而生"热"；如由肝肾阴虚引起，也会引致肝胆火旺或肝阳上亢，也属"热"，这样发怒必然会产生"火热"的副作用即气上，当然会伤阴血，何况暴怒。《灵枢·本神》篇说："盛怒者，迷惑而不治。""肝藏血，血舍魂"，"迷惑"当指魂不舍，即肝血不足。所以常发怒、易发怒的会伤阴血，久之则阴血虚。临床遇此类病人，宜顾护其阴，甚或可用养阴血柔肝法固其本。

《素问·调经论篇》又说："喜则气下。"气下即阳气下泄，因而心阳虚。如暴喜则阳气暴下泄而心阳更虚。《灵枢·本神》篇说："喜乐者，神惮散而不藏。"神为心之藏，是伴生之来的两精相搏，可以为是肾阳。如神散而不藏则精虚即肾阳虚。临床如遇乐极生悲出现的心阳虚极、阳脱，可用参附汤。《灵枢·五变》篇说："怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆留，髋皮充肌，血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘅。"

三十九、诸病多生于郁

郁主要指气郁，即七情不舒而郁，多因恼怒、思虑过度所致，如《灵枢·本神》篇所说："愁忧者，气闭塞而不行。"就把气滞气结与气郁与忧郁连在了一起。《素问·举痛论篇》说："百病生于气也。"列举的九种气病，与此有关的主要是"思则气结"，与气滞、气郁类似。《素问·六元正纪大论篇》所说的金木

水火土五种郁，按常规治疗后尚需“调其气”，就说明了治郁与调气密切相关。诸病多生于郁，主要是由于气郁而致病，五脏六腑都可气郁，因此就出现了九种气病、五种郁。按现代生理学的研究，人在大怒后，呼出的气中含有多种毒素，能毒死一只鼠。也有人研究，人在长期抑郁后能引发内分泌紊乱，进而影响免疫系统，使抵抗力减弱而患各种疾病，如身心疾病，甚至癌症。本句主要是提醒临床不忘解郁。

（以上由张培永、李相利编写）

第五篇　科研总结与专著简介

一、息风湿灵治疗风寒湿型痹证（风湿和类风湿性关节炎）的临床研究

本课题所研究的风湿性和类风湿性关节炎，属于中医的风寒湿型痹证，此类疾病发病率高、危害大，特别是类风湿性关节炎，给病人造成的痛苦尤甚。现代医学对此类疾病尚无特效疗法，中医药对这类疾病也存在着疗程长，治疗难度大，而且停药后易复发等实际问题。

我们在研究治疗此病20余年临床经验的基础上，自1981年以来开始研究应用拟定中药专方治疗本病，经过反复筛选，多次调方以及临床反复验证，最终研制出“息风湿灵”用于临床，收到满意疗效，现将资料完整的类风湿性关节炎61例，对照组16例；风湿性关节炎91例，对照组13例治疗情况总结如下：

一般资料：

治疗组类风湿性关节炎61例，服药2月39例，2月以上22例。治疗组风湿性关节炎91例，治疗2月73例，2月以上18例。

诊断标准：

本课题所有病例都符合中医辩证属于风寒湿型的范围，但西医诊断类风湿性关节炎在1981至1988年按美国风湿病学会（ARA）标准；1988年以后按《全国中西医结合风湿类疾病学术会议》修订通过的标准，风湿性关节炎的诊断主要依据以往的教科书、《实用内科学》等。

疗效标准：

1. 治愈：症状消失，体征消失，化验项目正常；2. 显效：

症状、体征和化验3项中有1项消失及另2项好转或2项消失；3. 有效：上述3项中1项消失或2项好转；4. 无效：症状、体征和化验3项均无改善或改善不明显。

治疗方法：

丁公藤200克，制川乌150克，豨莶草250克，川芎150克，红花150克。

水煎2次，取汁900ml，加100ml食用纯酒精，粗滤去沉淀，含醇量约10%，每次20～30ml，1日3次口服。

治疗结果：

1. 类风湿性关节炎治疗组61例，治愈1例，显效18例，有效35例，无效7例，有效以上54例，有效率88.52%，

2. 风湿性关节炎治疗组91例，治愈9例，显效36例，有效39例，无效7例，有效以上者84例，占92.31%。

随访结果

本课题所有病例，在95年春季都寄信进行了追访或亲自随访，但因时间已过十余年，病人的工作单位及家庭住址多有变动，故最后有结果的，治疗组仅17例，在类风湿性关节炎患者6例中，持续有效的5例，风湿性关节炎患者11例中，全部持续有效。

说明治疗组近期有效率与随访病例远期巩固有效率的差异不显著，亦即远期疗效非常巩固。

典型病例

1. 王××，女，45岁，1982年2月13日初诊。于1年前出现第1、5指掌关节及两足10个趾关节疼痛，每遇寒凉则疼痛加重，晨起时小关节有僵硬感，就诊时肿痛已向上漫延至双肘及双膝关节，指掌及趾关节均有红肿压痛，尤以左大趾、趾关节红肿疼痛明显。舌淡红，苔薄白，脉弦。查RF强阳性。诊断为类风湿性关节炎，辨证为风寒湿痹。服用息风湿灵治疗1月后，诸

关节疼痛及红肿均有好转。2月后，肘、膝、指、趾关节肿痛消除、压痛减轻，病程中出现足底疼痛亦有明显改善。3月后，诸关节疼痛及压痛消除，RF阴性，临床判断为显效。

2. 刘××，女，12岁，1981年10月10日初诊。于2月前，因游走性关节疼痛，曾在我院诊断为风湿热、风湿性关节炎，经过住院治疗热退、关节痛稍减轻而出院。近2月来，疼痛又加重，以双膝、双踝关节肿痛来诊。查ASO1250U，ESR50mm/第1小时末，诊断为风湿性关节炎，辨证为风寒湿痹。服用息风湿灵治疗2周，关节疼痛已基本消除，仅右膝关节仍有轻度肿胀。11月21日复诊，关节疼痛消失，查血RF、ESR均在正常范围内，ASO833U，临床判断为显效，继用上药治疗半月，巩固疗效。

讨论与结论

一、风湿性、类风湿性关节炎，属中医学中痹证范畴，是由多种原因所引起的自身免疫性疾病，主要病变在关节，也可累及内脏，后期可致关节畸形，功能障碍，甚至可致残废，故此类疾病给病人造成的痛苦大，危害严重。中医认为发生本病，主要是因机体正气不足时，风寒湿邪或风湿热邪侵袭人体，痹阻肢体、经络，气血运行不畅而发病，病初以邪实为主。现代医学治疗，主要以非甾体类抗炎药、皮质类固醇及抗生素等药物治之，应用这些药物，虽止痛作用迅速，但疗效不持久，特别是类风湿性关节炎，对其病因和发病机制毫无良性影响，一旦停药，短期内即复发，且副作用大，病人不能长期应用。因此，研制理想的方药来弥补这一不足，提高治疗此类疾病的疗效，是当前的迫切需要。因本课题所研究的是风寒湿痹，故以祛风散寒，除湿活血通络法治之，而我们所诊治的病人大多经其它药物治疗过，病程长，病情顽固，有一定的耐药性，并且部分病人因长期服药而致胃病，使后来的用药受到限制。因此，组方用药应该本着药简力

宏，疗效确切，副作用小，不影响脾胃功能，方便病人服用，远期疗效好的原则。我们研制的息风湿灵完全达到了这些要求。

二、本组方中丁公藤祛风湿，排风邪，逐冷气，强腰脚，治风血，通经络，其酒能治风冷痹痛，通过我们反复验证，对风寒湿痹证具有良好的止痛作用，远期疗效理想；制川乌祛风除湿，温经止痛，药理研究证实对于实验性关节炎症具有明显的消炎和镇痛作用，其毒性成分为乌头碱，经炮制或久煎后可被破坏或减弱；豨莶草祛风湿利筋骨，虽作用缓慢，久服方能收效，但疗效持久，远期疗效好，药理研究显示对于实验性关节炎具有抑制作用；川芎活血行气，祛风止痛，收效迅速，且止痛作用确切，《本经》谓“主中风入脑头痛，寒痹，筋挛缓急”，药理研究证实能使下肢血流量增加，扩张周围血管，有镇痛作用；红花祛瘀止痛；白酒具有活血通络的功能，同时酒是一种良好的有机溶媒，一般生物碱、挥发油等物质皆易溶于酒中，另外，酒还能起到娇味作用。以上川芎、红花、白酒均有活血作用，改善微循环，促进病变组织的修复，所谓“治风先治血，血行风自灭”。本方药味少而精，选用祛风除湿、散寒止痛，疗效确切的药物，并注重活血散瘀，由于组方严密合理，具有疗效高，好转快，不影响脾胃功能，携带及服用方便的特点，从而缩短疗程，减轻了病经济负担，故具有实用性，便于推广应用。经我们十余年的随访证实，本方具有理想的远期疗效，受到患者欢迎。

三、本研究组共治疗152例风寒湿型痹证，其中确诊为风湿性关节炎者91例，类风湿性关节炎61例。另有其它方法治疗的29例风寒湿型痹证患者作为对照组，其中确诊为风湿性关节炎者13例，类风湿性关节炎者16例。区分治疗组与对照组完全是随机的，排除了主观因素。本研究组与对照组的有效率，经统计学处理，有显著乃至非常显著意义的差别，RF、ASO、ESR的有效率，其差别也是显著乃至非常显著的。

四、本研究组所有病例均经随访，只是随访的反馈率较低，我们对有随访结果的病例，就其近期有效率和远期有效率经统计学处理，差别不显著，说明远期疗效是巩固的。

本方药源充足，服用方便，价格低廉，具有理想的远期疗效。最近，我们通过山东省科技情报研究所科技咨询查新证实：息风湿灵治疗风寒湿型痹证成果是独特的，未见有相同组方治疗痹证的制剂，居国内先进水平。本组方取得小样本时，于 1985 年曾经山东省名老中医周凤梧老先生审评，认为组方合理、疗效满意，同意扩大临床研究。

二、降沉片治疗风湿痹症血沉增快抗 O 增高临床和实验研究

中医所说风湿痹症即风湿性关节炎，是一种常见的反复发作的急性或慢性全身性结缔组织炎症，其发生多因乙型溶血性链球菌感染如扁桃体炎、咽峡炎、上呼吸道感染或猩红热等病之后。因溶血性链球菌抗原物质与体内产生的相应抗体在血液或组织间隙中形成的免疫复合物主要沉积于关节、心脏，吸引白细胞，释放蛋白分解酶，引起组织损伤，病变主要在关节，故称为风湿性关节炎。

中医认为，本病属于风湿痹症范围，其发生主要因正气不足，腠理空疏，防护失宜时，风寒湿邪侵袭，使气血痹阻不通，筋脉关节失于濡养而致肢体、关节、疼痛、酸楚、麻木、重着，以及活动障碍，《素问·痹论篇》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”若痹久不愈，反复感邪，病邪由浅入深，由经络而波及脏腑，内舍于心，而致心痹，出现心悸，胸闷，气短等症状。

本病由于发病率高，易侵犯儿童及青少年，且易复发，病人

年龄越小，病变往往越重，复发率也越高，初次发作期一旦侵犯心脏，以后发生心脏瓣膜病变的机会就会极高，如果失治或误治，轻者给病人造成痛苦，影响劳动，重者丧失劳动能力致残，给患者家庭和社会带来沉重精神压力和经济负担。

关于本病的治疗，西药主要以抗生素、激素、水杨酸制剂等治疗，这些药物虽可暂时缓解症状，降低血沉，但副作用突出，如水杨酸制剂虽对消除关节的炎症和恢复血沉均有一定疗效，但是对防止心脏瓣膜病变的形成并无明显的预防作用，且胃肠道刺激症状甚多；激素类药物疗程宜长，其副作用如肥胖、多毛、白细胞计数增加、痤疮、血糖升高、高血压等，很难避免；抗生素类药物也只能暂时控制感染，对细菌产生的毒素等并无消减作用，这都说明西药副作用大，远期疗效差，复发率高；中药虽取得了一定的疗效，但因长疗程服用汤剂，患者难以接受，且不方便，一些价格低廉的中成药，疗效欠佳。国内研究风湿痹症的报道中有关血沉、抗 0 的文献偏少，我们专题组查阅了自 1985 至 1995 年已公开发表的杂志，其中有关血沉的报道 291 例汇总后复常率 68.4%，有关抗 0 的报道 488 例，汇总后复常率 62.3%。上述报道风湿性关节炎的疗效中，共计风湿性关节炎 636 例，治愈和近期缓解者 306 例，占 48.11%，这远远满足不了患者要求。因此，努力发掘祖国医学伟大宝库，继承与发扬宝贵文化遗产，研制一种疗效高，远期疗效巩固，副作用小，服用方便，价格低廉，深受患者欢迎的药品，是当务之急，这就令我们产生了攻克风湿痹症的强烈愿望。

我们在朱老师的指导下，查阅了大量现代文献及经典名著，结合现代药理研究结果，反复筛选，多次验证，针对风湿痹症风寒湿型症见肢体关节疼痛，游走不定，或伴有肿胀，屈伸不便，每逢受寒凉或阴雨天则痛甚，或伴恶寒发热，舌淡红苔薄白或略腻，脉弦紧或浮等证候特点，最后拟定出具有抗风湿降血沉作用

的处方，先以汤剂试用，取得了满意疗效后，为了方便患者长期服用，又改成片剂，经多例患者试用，疗效同样卓著，命名为降沉片，于1995年10月起进行了科学周密的课题设计，对确诊患者进行观察，并以消络痛［批准文号：鲁卫药准字（92）708－9执行标准：山东省药品标准（86版）］作为对照组，区分治疗组与对照组的方法是随机对就诊患者按3：1分组，即每4位就诊患者中前3位为治疗组，第4位为对照组。至1997年3月上旬，完成了原定计划，经整理资料，统计分析，符合诊断标准的治疗组114例中，有效以上110例，总有效率96.49%，治愈74例，治愈率64.91%，ESR增快者76例，复常65例，复常率85.53%，ASO增快者56例，复常47例，复常率83.93%；对照组38例中，有效以上33例，总有效率86.84%，治愈17例，治愈率44.74%，ESR增快者31例，复常19例，复常率61.29%，ASO增快者19例，复常11例，复常率57.89%，治疗组与对照组的有效率、治愈率及血沉、ASO的复常率，经卡方检验，均$P<0.05$，差异显著，取得了很好的社会效益，受到了上级领导的肯定及绝大多数患者的欢迎。

需要说明的，由于风湿痹症复发率高，故我们所收治的病人中，许多是经其它疗法治疗后，疗效欠佳或不愿服汤剂而就诊者，有一定的耐药性，加之本病疗程长，故改用片剂非常必要，更有实用价值。

最近，山东省中医药研究所药理实验研究证明：降沉片可很快抑制关节炎原发病变的发展，对其继发病变的关节肿胀和损害有明显的抑制和治疗作用，有明显抑制炎症发展的作用，镇痛作用好，其组方及其剂量是科学的理想的和有效的，且在某些方面优于对照组，这又为降沉片治疗风湿类病变提供了实验室依据。从另一方面证实了降沉片对风湿类病变的治疗作用。毒性试验结果：1. LD_{50}的测定：观察期间，各组动物未见任何不良反应及死

亡情况，未测出降沉片的 LD_{50}。2.MTD 的测定：观察期间，未见动物不良反应及死亡。通过计算小鼠的 MTD 为临床用药量的 490 倍，（0.3×70/50×50×3）÷（0.3×10×3/70）。结论：由 LD_{50}、MTD 的测定，降沉片的毒性极微。经山东省科技情报查新咨询证明：该项目降沉明显，副作用小，远期疗效好等特点。经综合分析与对比：国内未发现与本项目相同的科技成果和文献报道。

三、尪痹片治疗类风湿性关节炎的临床和实验研究

类风湿性关节炎（RA）属于中医尪痹，是由于人体正气不足，风寒邪乘虚侵入人体，痹阻经络，气血运行不畅，肌肉、筋脉、关节失于濡养以致肿痛，后期则因痰瘀互结而使关节僵直、变形的病变。现代医学认为本病属自身免疫性疾病，主要是对变性的 IgG 起特异性反应的抗体 IgM（即 RF）与变性 IgG 形成免疫复合物，沉积在滑膜等组织后激起免疫反应而损害组织所致，是重要的常见疑难病之一。目前国内外对本病采用多种中、西药物治疗，但效果均不满意。本研究组查阅了《中国医学文摘—中医》自 1990 年至 1995 年上半年用中药复方治疗本病的资料，为了保证资料的科学性，除去了雷公藤制剂、中西药配合使用及样本小于 30 例的临床报道 13 篇，共收集 28 篇论文、有关 RF 治疗后转阴的准确报道 4 篇，病例总数为 3209 人，治愈 910 人，治愈率 2 8.36%，总有效 3033 人，总有效率 94.67%。FR 阳性者 201 人，转阴者 129 人，转阴率 64.18%。雷公藤制剂对本病的治疗有效率约 70%～80%左右，但毒副作用严重。RA 晚期可出现关节僵直、变形、功能丧失，甚者可伴发全身多个重要脏器

的损害，严重影响病人的精神及生活质量，造成很大的家庭及社会负担，它给全社会带来的沉重精神与经济负担是显而易见的。所以研制一种通过改善机体免疫状态，具有良好消炎与镇痛作用，阻止早期病变向晚期发展且副作用少、疗程短的药物是十分必要的，我们的研究工作正是基于此而开展的。

根据多年的专病观察与研究，我们认为：RA初、中期患者以风寒湿阻及痰瘀互结型最为多见，治疗应以祛风除湿，散寒通络，化痰祛瘀兼以扶正为治法。我们临沂市中医院著名风湿病专家朱晓鸣主任中医师精心研究本病30余年，创制的中药酒剂"息风湿灵"治疗风寒湿型痹证具有良好效果，本课题组以此为基础，结合近年的临床经验及现代中药药理研究成果，经集思广议，反复临床实践，研制了专门针对RA特点作用更好的"尪痹片"。方中用制川乌、豨莶草、老鹳草、青风藤、寻骨风、威灵仙、制马钱子祛风除湿、散寒止痛；露蜂房、蜈蚣、白芥子通络止痛，土元、川芎破瘀通络，黄芪、白芍、川断等益气养血活血以扶正，共达治疗之目的。现代药理研究显示：川乌、豨莶草、老鹳草、青风藤、寻骨风、威灵仙、马钱子、白芥子等，能够抑制关节炎症反应、减轻炎性水肿及损害，具有明显的镇痛作用。土元、蜈蚣、蜂房、川芎等，能改善人体微循环，促进炎症吸收，近年来研究发现：RA患者具有明显的微循环障碍现象，运用活血化瘀药改善微循环治疗RA常能取得良好疗效。黄芪、白芍具有增强及调节人体免疫力的作用。另外，根据朱晓鸣主任中医师的多年观察，豨莶草大量使用具有很强的降血沉作用。

经初步临床应用观察，显示本制剂有起效快，疗效好，副作用少的特点。本研究组于1995年8月正式开展本项科研工作，严格按科研要求进行了周密的课题设计，印制并填写了统一的表格，RA诊断标准遵照1987年《美国风湿病学会（ARA)》修订标准执行，病情为早、中期者，中医尪痹标准按中华人民共和国

中医药行业标准：《中医内科病证诊断疗效标准＞＞（ZY/T001.1－94）执行，辨证属于风寒湿阻、痰瘀互结者。制订了具体的疗效判定标准（注：此标准高于《中医内科病证诊断疗效标准》中尪痹疗效标准（ZY/T001.1—94）），设立了治疗组和对照组，（采用随机方法分组），按设计方案应用尪痹片和风湿马钱片分别治疗。

至1997年2月，完成了原定计划，经整理资料，统计分析，结果是：收治病人150例，治疗组100例，治愈率39.00%，总有效率94.00%，对照组50例，治愈率22.00%，总有效率82.00%，分别经卡方检验P＜0.05、P〈0.01。RF阳性者治疗组61例，对照组28例，分别转阴49例，15例，转阴率为80.33%，53.57%。ESR异常者治疗组38例，对照组21例，复常率分别为81.58%，52.38%，分别经卡方检验，P＜0.01、P＜0.05，说明两组间有显著差异，达到了预定目标（治愈率≥38%，RF转阴率≥80%），并略有提高。

另外，经与全国平均治疗水平比较（病例3209人，治愈率28.36%，有效率94.67%，RF阳性者201人，转阴率64.18%），在治愈率及RF转阴率上经卡方检验，均P＜0.05，亦见有显著性差异。

在病人整个治疗过程中未见明显毒副作用，仅有个别胃病病人在初服时略有胃部不适，经减量几天后再加至治疗量即可好转，关节疼痛等症状一般在7－20天开始减轻。

另外，我们请山东省中医药研究所用 痹片做动物实验结果表明：本制剂可抑制大鼠佐剂性关节炎原发病变的发展，使续发病变的尾结节损害减轻或消失，即药物有明显的治疗作用，有明显抑制炎症发展的作用及很强的镇痛作用。能使大鼠脾脏重量显著增加，对淋巴细胞转化有显著的促进作用，从而提高了细胞免疫功能。毒性实验表明：半数致死量（LD_{50}）未能测出，最大耐

受量（MTD）为临床用药量的524.78倍，未见动物任何不良反应及死亡情况，说明本制剂的毒性极微。与对照组比较，尤其在佐剂性关节炎的治疗及镇痛方面明显强于风湿马钱片对照组（均$P<0.05$），结论最后认为：尪痹片能很快抑制或控制机体炎症早期的发展，使其不能进入晚期，组方是科学的，合理的和有效的。

最近，我们通过山东省科技情报计算机检索咨询系统咨询查新证明：本项目以自制中药片剂治疗类风湿性关节炎，与相关文献中药组方不同，国内未发现与本项目相同的科技成果和文献报道。

综上所述，临床与动物实验研究均显示：尪痹片治疗类风湿性关节炎具有起效快、疗程短、作用好、毒副作用极微的特点，与对照组比较差异显著，达到了我们预期的目标，计算机检索未见相同组方报道，因此，本项研究达到国内领先水平。

四、健身榻榻米床垫的研究

为“恋星牌高级健身榻榻米床垫”配中药处方。该厂为了产品的更新换代，要求我给以中药处方，我提出方案，将药物粉碎后裹在锦缎内，铺敷于床垫上层。配方分二种，一是适用于慢性腰腿痛、骨质增生、颈椎病的，方药有威灵仙400克、羌独活各200克、桂枝300克、红花200克、五加皮300克、川芎400克，总重量是2000克；二是适用于高血压头晕头痛的，方药有白菊花500克、银杏叶1000克、冬桑叶400克、钩藤100克，总重量2000克。后经山东省科委于1991年10月30日组织鉴定委员会鉴定（鉴定技术负责人袁久荣），鉴定意见如下：

“恋星牌高级健身榻榻米床垫”系在高级榻榻米产品的基础

上研制成功的具有健身作用的中药药物床垫。经鉴定委员会认真考评后认为，以著名中医师严格配方的中药，用科学方法压制于床垫的“高级健身床垫”，具有祛风利湿，通经活络的健身作用。其生产工艺先进，床垫美观实用，质地优良。经鉴定委员会论证，床垫中所用的中药，组方科学合理，对人体无毒无害。经临床试用证明，该床垫不仅有保健作用，为男女老少咸宜的理想的健身用品，而且对风湿性和类风湿性关节炎，腰肌劳损，高血压等慢性疾病还显示出一定的促愈合治疗功效。

鉴定委员会一致认为，“高级健身床垫”是运用中国传统医药学原理，集“药敷、药浴、熨、砭、灸、按摩”及中药外治法于一体，为国内首创，具有广阔的开发前景。

鉴定委员会还认为，该项目选题正确，资料齐全，可以批量生产。对其保健作用应进一步探索研究，发挥我国中医中药的优势，扩大应用并开发系列产品，打入国际市场。

（以上由张定法、刘向东编写）

五、专著简介

《伤寒论条解》

《伤寒论》奠定了中医学辨证论治的基础，所以学习和运用《伤寒论》是非常必要的，但由于年代久远，文字深奥，不易为现代人所理解，给学习造成了困难，尽管古代已有不少医家进行了研究，但都有其不完善之处，而结合现代知识进行研究者更是不多，所以我们决定对《伤寒论》进行系统研究，突出自己的特点，结合多年的文献研究结果和现代科学知识，对其原文精义进行反复考证、推敲，并结合临床实践经验对其加以验证，正确的加以保留、发挥，有疑义的提出个人见解或意见，错误者则明确

指出，尊古而不泥古，对有些在原文中未论述到的问题，而临床上容易出现者，则加以特别提醒，以免延误后学者，最终达到既不失经文本意，又有发挥；既系统全面，又深入细致；既有对古代的总结，又有与现代知识的紧密结合；既有理论意义，更有实践价值的效果。使之古为今用，理论研究促进临床提高，对中医学的继承与发扬起到推动作用。具体研究时，除原文外，分提要、解释、内容要点三部分。每大篇之后对该篇条文排列次序从内容衔接和写作技巧方面给予说明。提要是逐条把条文原文的精义或要点指出来，如第 6 条原文有 116 字，但它只是说明了“温病的主证及误治后形成的变证”。解释是对原文含义所进行的具体解释，包括本义、含义、与其他条文相互关系、古人的认识、现代医学的认识、我们的观点、临床实践的结果及注意事项等，再如第 6 条，从温邪、温病的含义、发病季节、病因、主要症状、与伤寒的主要鉴别、治法及误治后引起的变证说起，一直到风温与温病的区别有三种解释等，还有对“微发黄色”有三种解释，古人的认识和我们结合现代医学知识对它的解释等；内容提要把解释部分的内容进行归纳，指出掌握的要点或学习运用的诀窍。还以第 6 条为例：虽然详细解释洋洋千余字，但主要内容是温病的治疗要点，以及温病与风温的三种区别，提纲挈领用 40 字说明。条文排列次序的研究则从整体上进行论述，把论述相关内容的条文进行系统分析，阐明其内在联系，如太阳篇 183 条文字的排列，从分析条文的内容及内容之间相互的关系来说明条文之间先后排列的意义。古今中外有关《伤寒论》著述有数百家，涉及条文的，大都认为其条文是王叔和胡乱编排的，或者是后人乱编的。本文及以后各篇类似的文章，着重提出这种编排法的道理。经过上述研究，最终著出 25 万字的专著，形成了研究《伤寒论》的新体系，具有独特的风格和见解，有很高的理论价值和临床意义，具备了创新性、科学性、实用性，达到了我们预期的